POSTĘP OKULISTYCZNY

wydawany przez

Dr. BOLESŁAWA WICHERKIEWICZA,

PROFESORA UNIWERSYTETU JAGIELL.

ZE WSPÓŁUDZIAŁEM PP.: DRA BABIŃSKIEGO W PARYŻU, DRA BAŁŁABANA WE LWOWIE. PROF. BROWICZA, PROF. BUJWIDA, PROF. CYBULSKIEGO, PROF. KOSTANECKIEGO W KRAKOWIE, DRA KRAMSZTYKA W WARSZAWIE, PROF. MACHEKA WE LWOWIE, DRA K. W. MAJEWSKIEGO, PROF. NATANSONA, PROF. PIENIĄŻKA W KRAKOWIE. DRA RUMSZEWICZA W KIJOWIE, DRA SĘDZIAKA JANA W WARSZAWIE, DRA STRZEMIŃSKIEGO W WILNIE, DRA J. TALKI W LUBLINIE.

Maj — ROCZNIK TRZECI — 1901.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. Przyczynek do nauki o leczeniu przewlekłego nieżytu worka łzowego (blennorrhoea sacci lacrymalis).

Podał

A. KUROPATWIŃSKI,

lekarz ziemski.

»Wyłuszczenie worka łzowego we wszystkich przypadkach, w których ten utracił zdolność do przetłaczania łez, jest jedynym sposobem radykalnego leczenia choroby, które raz na zawsze zabezpiecza oko od wszystkich możliwych powikłań«.— Taki jest ostateczny wniosek Dra Seidenmanna, wypowiedziany w pracy, umieszczonej w streszczeniu w warszawskiej »Kronice Lekarskiej« Nrze 22im 1900 r., str. 908 i następne. Wniosek ten będzie w zupełnej analogii z następującym wnioskiem chirurga: »Amputacya nogi we wszystkich przypadkach, w których ta utraciła zdolność do chodzenia, jest jedynym sposobem radykalnego leczenia. które raz na zawsze i t. d.« Ale gdy pod takim wnioskiem nie podpisze się żaden chirurg, pod analogicznym wnioskiem kol. Seidenmanna, jestem przekonany, podpisze się wielu lekarzy. a nawet, przypuszczam, i wielu

okulistów. Bo i rzeczywiście będące obecnie w użyciu sposoby leczenia omawianego cierpienia (przestrzykiwania, sondowanie) wymagają, pominąwszy już maleńką przedwstępną operacyę, wiele cierpliwości ze strony chorego i lekarza, a pomimo to nie we wszystkich przypadkach wiodą do celu; często bowiem zdarza się, że chory, straciwszy sporo czasu i pieniędzy na leczenie, po pewnej uldze dostaje nawrotu cierpienia, a gdy idzie o bliznowate zwężenia przewodu noso-łzowego[1]), zdaniem tak kompetentnej osoby, jak prof. Fuchs, nawroty zdarzają się niestety tak często. że przypadki trwałego wyleczenia w tych razach należą do wyjątków.

Za punkt wyjścia dla pracy niniejszej posłużył mi następujący przypadek.

Dnia 16. grudnia st. st. z. (1900) r. zgłosiła się do ambulatoryum przy szpitalu ziemskim w Siole Kargapolskiem dziewczyna 18letnia, niejaka M. S., chora od lata, według słów matki, ze skargą na łzawienie i swędzenie oczu, szczególniej prawego. Przy badaniu znalazłem: stan ogólny nic do życzenia nie pozostawia, słabe objawy podrażnienia na lewem oku, wybitne na prawem; wyprysk *(eczema)* na skórze prawej dolnej powieki i brzegu tejże; wyraźne ziarna jaglicy na spojówkach obu ócz, szczególniej na prawem; guz wielkości ziarnka fasoli w wewnętrznym kącie prawego oka bez wyraźnych granic, pokryty niezmienioną skórą, stopniowo przechodzącą na siodłowaty nos; przy ucisku na guz z dolnego prawego punktu łzowego wydziela się obfita śluzowo-ropna wydzielina; objawy przewlekłego nieżytu nosa dopełniały typowego klinicznego obrazu, nie pozostawiającego żadnej wątpliwości tak co do natury cierpienia, jak i przyczyn tegoż. Uprzedziwszy chorą, że musi uzbroić się w cierpliwość i przygotować się do długiego a przykrego leczenia i przygotowawszy się w duchu do wcale nieświetnych wyników nawet w najlepszym razie, zaproponowałem umieszczenie chorej w szpitalu, na co zgodzono się chętnie. Zaraz po przyjęciu do szpitala i po wyciśnięciu zawartości rozciągniętego worka łzowego i przemyciu prawego worka spojówkowego 2% roztworem kwasu borowego zastosowałem na

[1]) Podług współczesnych poglądów zwężenie, względnie zupełne zamknięcie światła tej części narządu łzowego jest punktem wyjścia dla omawianego cierpienia.

obie spojówki 2% roztwór $AgNO_3$ z następnem zobojętnieniem tegoż roztworem Na Cl. Rozszczepienie dolnego przewodziku łzowego w celu zastosowania sondowania odłożyłem na dzień następny. W dniu następnym, kiedy wprowadzenie w dolny punkt łzowy nawet stożkowato zakończonej sondy Bowmana nie udało mi się, zaleciłem chorej wyciskać jak można najczęściej zawartość worka łzowego i następnie przemywać oko 2% roztworem kwasu borowego, co się tyczy zaś leczenia właściwego, to tymczasowo poprzestałem jedynie na stosowaniu 2% roztworu azotanu srebra, powodując się mniemaniem, że czas, potrzebny mi na leczenie jaglicy, wystarczy mi i na wyleczenie nieżytu worka łzowego, chociażbym do tego leczenia przystąpił nieco później, po zaopatrzeniu się w cieńszą sondę. Po paru dniach takiego obojętnego, jakby się zdawało, dla worka łzowego leczenia, dowiedziałem się od chorej, że zawartość worka łzowego przy ucisku nań przedostaje się do nosa, czego dawniej nie było. Zachęcony tak wyraźnym objawem polepszenia, zaleciłem chorej wyciskać zawartość worka łzowego do nosa, a w tym celu zaczynać ucisk od brzegu powieki dolnej, czyli od górnego końca tworzącego się w wewnętrznym kącie oka guza. Jakież było moje zdziwienie, gdy po kilku już dniach chorej w szpitalu spostrzegłem, że przy ucisku na okolicę prawego worka łzowego nic się już zeń przez dolny punkt łzowy nie wydziela, a zaleciwszy chorej, ażeby przed rannemi oględzinami wyciskania nie robiła, spostrzegłem po upływie znów kilku dni, że śladu cierpienia worka łzowego już nie ma, a zaniechanie przez chorą wyciskania na moje zlecenie przekonało mnie, że prawy worek łzowy jest zdrów. I po 14 dniach pobytu w szpitalu chora wypisała się z niedoleczoną jaglicą (pomimo moich rad pozostania nadal), zupełnie zadowolona z leczenia. Przy wypisaniu się chorej zapisano: objawów podrażnienia brak, skóra i brzeg prawej powieki prawidłowe; na spojówkach górnych powiek zaledwie dostrzegalne objawy jaglicy; cierpienia worka łzowego nie ma ani śladu.

Dla wyjaśnienia sobie przyczyny tak, już co namniej, dobrego i szybkiego wyniku leczenia tak uporczywego cierpienia, jakiem jest bez wątpienia przewlekły nieżyt worka łzowego, przypuszczam, że musiało złożyć się na taki wynik kilka naraz czynników. Do takowych zaliczam w pierwszym rzędzie częste wyciskanie zawartości worka łzowego, które bez naciągania można utożsamiać z mięsieniem, a które bez wątpienia

mogło się przyczynić do powrócenia workowi łzowemu utraconej częściowo sprężystości; niedługie względnie trwanie cierpienia każe przypuszczać, że miałem do czynienia ze stanem, który określa się mianem: *atonia sacci lacrymalis;* szybkie ustąpienie cierpienia wskazuje, że o bliznowatej naturze zwężenia przewodu noso-łzowego nie może być i mowy, a zwężenie, jeżeli tylko, rzecz prosta, było takowe (możebne są bezwarunkowo nieżyty przewlekłe worka łzowego i bez zwężeń przewodu noso-łzowego) — mogło być uwarunkowane jedynie nabrzmieniem błony śluzowej omawianego przewodu; leczenie współczesne jaglicy i zmniejszenie się łzawienia oraz przejście z przepełnionej dymem tytoniowym chaty wiejskiej [1]) na obszerną salę szpitalną i wiek chorej mogły ułatwić zadanie.

Przejrzawszy dostępną mi literaturę przedmiotu, nie znalazłem wzmianki o możebności wyleczenia przewlekłego nieżytu worka łzowego jedynie zapomocą częstego wyciskania zawartości tegoż, natomiast zostałem zdziwiony sprzecznością, jaka istnieje w poglądach na fizyologię i patologię czynności worka łzowego. Wtedy bowiem, gdy fizyologia główny nacisk w tej sprawie kładzie na sprężystość worka łzowego, patologia i wypływająca z niej terapia mają na względzie przeważnie przypuszczalne zwężenie przewodu noso-łzowego [2]).

---

[1]) W okolicy, w której mieszkam, palenie tytoniu pomiędzy ludem wiejskim jest bardzo rozpowszechnione: palą wszyscy prawie bez wyjątku mężczyźni i wiele kobiet.

[2]) Dla ilustracyi przytoczę parę ustępów z powszechnie dla wysokich swych zalet znanego podręcznika prof. F u c h s a: »Die weitere Beforderung der Thranen aus dem Thranensacke in die Nase geschieht sowohl durch das Nachdringen immer neuer Thranenmengen aus den Thranenröhrchen, als auch durch die Schwere der Flüssigkeit. D i e H a u p t r o l l e fallt aber der Elasticitat des Thranensackes zu. Vermoge dieser trachtet der durch die Thranen ausgedehnte Sack sich wieder zusammenzuziehen und presst dadurch die Thranen aus«. Str. 592, wyd. V. Augenheilkunde. A dalej na str. 596 po krótkiem omówieniu wyciskania i przepłukiwania, którym widocznie wielkiego znaczenia leczniczego nie przypisuje, powiada: »Das Hauptgewicht der Behandlung liegt auf der Beseitigung der Strictur des Thränennasenganges durch langsame Erweiterung derselben mittelst Sonden nach Bowman«. Chociaż za wyżej przytoczonym ustępem mówi:

Wobec tego, co wyżej zostało powiedzianem, proponuję podział przewlekłych nieżytów worka łzowego ze względu na ich leczenie na 2 kategorye: 1. nieżyt przewlekły z utratą sprężystości worka łzowego i zwężeniem przewodu noso-łzowego, powstałem wskutek nabrzmienia błony śluzowej tegoż, lub bez takowego zwężenia. Taki stan najlepiej określa się mianem: *atonia sacci lacrymalis* — i 2. nieżyt przewlekły, mający za punkt wyjścia bliznowate zwężenie przewodu noso-łzowego, względnie zupełne zamknięcie światła tegoż, co określa miano: *strictura canalis naso-lacrymalis*. Rzecz jasna, że w obu przypadkach w późnych okresach cierpienia nastąpić może stan, w którym mamy do czynienia z zanikiem błony sprężystej worka łzowego, co określa się nazwą: *hydrops sacci lacrymalis* [1]).

Wskazania lecznicze przy takim podziale formułują się w następujący sposób:

1. W razie, gdy ma się do czynienia z *hydrops sacci lacrymalis*, należy bezwarunkowo wyłuszczyć worek łzowy, gdyż i w tym przypadku, gdybyśmy zdołali uczynić drożnym przewód noso-łzowy, wynik naszych zabiegów będzie ujemny.

2. Gdy będziemy mieli do czynienia ze zwężeniem bliznowatem przewodu noso-łzowego, to odpowiednio do stopnia cierpliwości chorego i jego zamożności będziemy próbowali osiągnąć *restitutionem ad integrum* zapomocą sondowania i mięsienia worka łzowego, lub też odrazu zdecydujemy się na wyłuszczenie chorego narządu.

3. W przypadkach prostej *atoniae sacci lacrymalis* zapomocą mięsienia (wyciskania) i współczesnego leczenia sąsiednich

»Wir sehen daher in jenen pathologischen Fällen, wo der Thränensack seine Elasticität verloren hat (Atonie des Thränensackes), die Fortleitung der Thränen nach abwärts stocken, auch wenn der Thränennasengang vollständig durchgängig ist«. Dlaczego nie został wyciągnięty odpowiedni wniosek leczniczy z tego trafnego spostrzeżenia?

1) Mówiąc właściwie, mianem *hydrops sacci lacrymalis* określają stan zaniku błony śluzowej worka łzowego, lecz nie ulega wątpliwości, że gdy błona śluzowa worka łzowego uległa zanikowi, — błona sprężysta jeszcze wcześniej uległa temuż losowi.

błon śluzowych (spojówki i błony śluzowej nosa) postaramy się przywrócić choremu workowi łzowemu jego prawidłową czynność.

Przestrzykiwań worka łzowego lepiej jest zaniechać zupełnie, gdyż takowe w 1., w 2. przypadku do celu nie doprowadzą, a w 3. narażą worek łzowy na rychlejszy zanik błony sprężystej.

Co się tyczy samej techniki wyciskania, to jest ona nadzwyczaj prosta i tem tylko różni się od wyciskania, do którego ucieka się lekarz w celu rozpoznania cierpienia worka łzowego, że ucisk na guz wywiera się z góry do dołu, przycisnąwszy poprzednio przewodziki łzowe, przez co zmusimy zawartość worka do ujścia przez przewód noso-łzowy, o ile on jest drożny. Chory zrozumie, o co chodzi, odrazu i zabieg wybornie wykonywać będzie [1]).

Sioło Kargapolskie, d. 23/I. 1901 r.

---

[1]) Niewątpliwie patologia narządu łzowego, a zwłaszcza przewodu łzowego dość po macoszemu dotychczas traktowana, a co za tem idzie także i leczenie niewykonywane przyczynowo bardzo zazwyczaj się przedłuża. Wdzięczność należy się szan. autorowi za poruszenie ważnych punktów. — Sami przywiązujemy wielką wagę do mięsienia worka łzowego w przypadkach rozstrzeni, — gdzie ona połączona ze zwężeniem przewodu noso-łzowego, winno takowe oczywiście ostrożnie poprzednio być usuniętem. Niejednokrotnie przez samo masowanie i uwzględnienie nie tylko zwężeń przewodu noso-łzowego, ale także patologicznego stanu nosa, udaje nam się, w krótkim względnie czasie, cierpienie opanowć. Ale nie sama utrata sprężystości sprowadza utrudniony odpływ łez, gromadzenie się ich we worku i powolne tegoż rozszerzenie z następstwami. Niejednokrotnie samo porażenie lub osłabienie mięśni, jak: mięśnia łzowego tylnego, czyli Hornera, i przedniego Henkego, przyczynia się do utrudnionego odpływu łez. Powinno ono stosownie do przyczyny być leczonem. *W.*

Z uniwersyteckiej kliniki okulistycznej prof. Dra Macheka we Lwowie.

2. Miażdżyca naczyniówki.

Podał

Dr Adam Bednarski,
I asystent kliniki.

(Z 3-ma rycinami w tekscie).

W obrazie wziernikowym spotykamy się z miażdżycą siatkówki i naczyniówki. Pierwsza od dawna była przedmiotem badań tak klinicznych jak i anatomicznych i posiadamy zestawienia statystyczne, tyczące się stosunku miażdżycy siatkówki do ogólnej miażdżycy[1]). Mamy również spostrzeżenia, wykazujące wpływ kiły i zapalenia chronicznego nerek na miażdżycę naczyń siatkówkowych. Niedawno podniósł M. Reimar znaczenie miażdżycy naczyń siatkówki przy *retinitis haemorrhagica*. Co się zaś tyczy miażdżycy naczyniówki, to mamy tylko luźne spostrzeżenia opisane w literaturze, brak dotąd zestawień odpowiednich przypadków, wykazujących kliniczne znaczenie miażdżycy naczyniówki, a znaczenie to jest ważnem i różne są postacie chorobowe, przy których znajdujemy miażdżycę naczyniówki, jużto jako sprawę pierwotną, jużto jako następową. I tak miażdżyca, zajmując naczynia naczyniówki, może dać powód do zwyrodnień barwikowych siatkówki, podobnych obrazem do wrodzonego zaniku barwikowego siatkówki, lub też może dać powód do zaniku okrężnego naczyniówki i siatkowki.

Tutaj również wspomnieć muszę o zmianach kilakowych w naczyniach naczyniówki, które mogą dać powód do napadu jaskry, który nie po irydektomii, ale li tylko po wcierkach ustępuje.

Pierwsze dwa takie przypadki przedstawił Pflüger na międzynarodowym zjeździe w Heidelbergu w r. 1888; podobne przypadki spostrzegali Waldhauer, Bol. Wicherkiewicz,

---

[1]) E. Raehlman, H. Friedenwald.

Samelson, Meyer, Gałęzowski, Parinaud i in.[1]). — Według Snellena osadzanie się moczanów w naczyniach naczyniówki może również wywołać zaburzenia w krążeniu gałki i przez to dać powód do jaskry[2]).

O przypadkach tych jaskry, wywołanych zmianami kilakowymi w naczyniach naczyniówki, wspominam dlatego, że anatomicznie przychodzi tutaj również do bujania przybłonka naczyń *„endarteriitis“* i do zgrubienia ścian, jak przy miażdżycy, z powodu zapalnego nacieku ścian, wywołanego jadem kiłowym.

Trzy moje przypadki, których opis poniżej podaję, odnoszą się do obrazu wziernikowego rozlanej miażdżycy naczyniówki, *arteriosclerosis diffusa*[3]), dającej powód do zaniku barwikowego siatkówki, i o tych postaciach chcę głównie mówić. Przypadki takie należą do rzadkości, gdyż mamy zaledwie kilka pojedynczych spostrzeżeń opisanych w literaturze: w atlasie Haaba obraz wziernikowy Nr 75[4]), przyp. Levinsohna[5]) w atlasie Oellera obraz wziernikowy D. Tabl. XV.[6]) i dwa przypadki A. Bednarskiego[7]), [8]). Tutaj wreszcie zaliczam przyp. Silexa[9]), gdzie wprawdzie miażdżyca słabo była rozwiniętą, a na pierwszy plan występował obraz zaniku barwikowego siatkówki, sprawa jednak w naczyniach naczyniówki była pierwotną.

---

[1]) Według zestawienia Alexander'a: Ueber Gefässveränderungen bei syphilitischen Augenerkrankungen. Berl. Klin. 1895.

[2]) tamże.

[3]) Thoma.

[4]) O. Haab: Atlas und Grundriss der Ophtalmoscopie... II. Aufl.

[5]) G. Levinsohn: Ueber Sclerose der Aderhaut mit secundärer Netzhautdegeneration. Arch. Knapp. Bd. 38.

[6]) J. Oeller: Atlas der Ophtalmoscopie.

[7]) A. Bednarski: O przypadku zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki (atrophia gyrata chorioideae et retinae z miażdżycą (sclerosis) naczyniówki. Przegląd Lek. Nr 47. 1899. i Arch. Knapp. Bd. XLI.

[8]) A. Bednarski: Dalsze dwa przypadki zaniku okrężnego naczyniówki i siatkówki. Postęp Okulistyczny. Nra 10 i 11. 1900.

[9]) P. Silex: Beitrag zur Kenntnis einiger seltener Gesichtsanomalien. Zeitschrift f. Augenheilkunde. 1899.

Oprócz tych rzadkich przypadków, dotyczących rozległej, rozlanej miażdżycy naczyniówki, zajmującej całą tylną połowę gałki, mamy już nierzadkie przypadki miażdżycy miejscowej ograniczonej w naczyniówce. O tych wspomina Wecker[1], że w dużych garbiakach tylnych twardówki »mamy czasem sposobność widzieć znaczne zgrubienie ścian naczyniowych, tak, że ściana naczynia wyraźnie odróżnia się od słupa krwi, który zachowuje swą prawidłową grubość, i że krew zdaje się krążyć między dwoma biało-żółtymi pasami... To wpadające w oko zgrubienie ścian naczyń, które czasem razem z wynaczynieniami w obrębie garbiaków napotykamy, przedstawiałem moim uczniom jako miażdżycę naczyń naczyniówki *(sclerosis)*. Knapp[2], który tę zmianę również w jednym przypadku tylnego garbiaka spostrzegał, uważa sprawę jako *Perivasculitis chorioideae*". Według Haaba przypadki takie ograniczonej miejscowej miażdżycy naczyniówki nie należą do rzadkości. Również Oeller w przypadku „*Chorioiditis diffusa oc. dextr.*" znajdywał niektóre naczynia naczyniówki miażdżycą dotknięte[3].

W przytoczeniach powyższych uwzględniłem tylko opisy wziernikowe, pomijając przypadki opisane przy badaniach anatomicznych. Przypadki takie opisują: Virchow, H. Müller, Schweigger przy *retinitis albuminurica*), jako następową sprawę w naczyniówce[4]. Dalej znajdujemy miażdżycę naczyniówki opisaną przy badaniach anatomicznych przypadków jaskry, zwyrodnienia barwikowego siatkówki i t. p.

Moją uwagę na miażdżycę naczyniówki zwróciła publikacya Levinsohna i w przeciągu dwóch lat miałem sposobność spostrzegać aż 5 przypadków rozległej miażdżycy naczyniówki, trzy razy zaś zdarzyło mi się w przeciągu tego samego czasu, w ambulatoryum kliniki okulistycznej lwowskiej, dochodzącem rocznie do 3500 chorych, spotkać miażdżycę jako

---

[1]) Graefe-Saemisch: Handbuch der gesammten Augenheilkunde. 1876, str. 660., IV. B., 2. Th.

[2]) Transact. of the Americ. opht. Soc. 1870., p. 120.

[3]) Atlas. D. Tabl. III.

[4]) Według Graefe-Saemisch: Handbuch der g. Augenheilk.

sprawę miejscową, ograniczoną już to do tylnych garbiaków, już to do ograniczonych starych ognisk zwyrodniałej naczyniówki (blizn pozapalnych) przy myopii.

Z pięciu wspomnianych przypadków rozległej miażdżycy naczyniówki dwa opisałem niedawno jako sprawę pierwotną przy zaniku okrężnym naczyniówki i siatkówki *(atrophia gyrata chorioideae et retinae)*, skorzystam z nich na końcu przy zestawieniu, zacznę zaś opisem trzech dalszych przypadków, a za odstąpienie mi tychże do publikacyi składam podziękowanie prof. Dr. Machekowi.

Przypadek I.

Władysław H., l. 58, oficyalista prywatny z powiatu lwowskiego, przyjęty do kliniki dnia 21/I. 1901. (L. 154 m.).

Wywiady: W młodości widział dobrze w dal i z bliska. W 17. roku życia nagle zaniewidział na prawe oko przy schylaniu się. Przez 3 dni wtedy łamało go nad okiem prawem, poczem boleć przestało, źrenica była czysta. a dopiero w rok później zaczęła sinieć. W 18. roku życia zdejmowano mu zaćmę; był dwa razy operowany w przeciągu dwóch tygodni, po obu operacyach nie widział środkiem, tylko bokami. Później, daty dokładnie nie pamięta, był jeszcze raz operowanym na prawe oko. W 26. roku życia przebył kiłę. Leczył się sam przez dwa lata, zażywając różne leki, wcierań szaruchy nie robił, dopiero później, skoro zaniewidział na lewe oko i leżał dwukrotnie na oddziale ocznym w szpitalu lwowskim, wziął razem 64 wcierek. Kilkakrotnie próbował zażywać jod, ale zawsze po kilku dniach przestawał, gdyż dostawał silnego kataru. Dopiero w ostatnich miesiącach, skoro, mimo wystąpienia kataru po kilku łyżkach jodu, zaczął więcej jodu zażywać, katar ustał, — i jod zażywał bez przerwy. Wyżył 12 flaszek. Oprócz kiły, żadnych chorób nie przebywał. Napojów wyskokowych ani tytoniu nie nadużywa. Nieżonaty.

Stan obecny: Wzrost średni, budowa i odżywienie mierne. Miażdżyca tętnic obwodowych wybitna. Serce: nad koniuszkiem dwa tony, nad tętnicą główną pierwszy ton nieczysty, drugi dźwięczny [1]).

W moczu białka ani cukru nie ma.

---

[1]) Dr Rencki.

Oko prawe: Spojówka blada. Dołem zewnątrz obwodowa podłużna blizna rogówkowa, do niej przyrośnięta tęczówka przednią powierzchnią. Dołem wewnątrz na obwodzie linijna blizna rogówkowa. Górą zewnątrz plamki rogówkowe obwodowe. Przednia komora głęboka. Dołem wewnątrz *coloboma iridis artificiale* 6 mm. szerokie. Źrenica po atropinie rozszerza się całkowicie, uwidoczniając kilka obwodowych tylnych przyczepin. Tęczówka prawidłowo się przedstawia. Gruba zaćma drugorzędna zasłania boki źrenicy, środek wolny. Górą zewnątrz na zaćmie drugorzędnej brunatne złogi barwikowe.

Wziernikiem: W ciele szklistem dość liczne grube zaćmienia ruchome. Tarcza n. wzrokowego bledsza, szaro-różowa, miąższ nieobrzękły, brzegi niewyraźnie odgraniczone z powodu lekkiego zamglenia około tarczy, leżącego pod naczyniami siatkówkowymi, które widać wyraźnie. Żyły siatkówkowe nieco cieńsze, tętnice wybitnie cienkie. znamion miażdżycowych nie okazują. Ogólny obraz dna oka w obrazie odwrotnym: do około tarczy pierścień $1^1/_2$ tarczy szeroki naczyniówki miażdżycowej. Na równiku pierścień $1^1/_2$—2 tarczy szeroki z tworami barwikowymi, jak przy zaniku barwikowym siatkówki. Obwód prawidłowy. W obrazie prostym stwierdzić można, że w pierścieniu pierwszym (miażdżycowym) naczynia naczyniówki są zupełnie zanikłe, tworzą lite białe pasy, naczyniówka również jest w tym pierścieniu zanikła, stanowi tło białe. Idąc ku równikowi, przechodzą białe pasy w pasy o bardzo wąskim bladym słupie krwi. W pierścieniu drugim, równikowym, liczne twory barwikowe, czarne z wypustkami, leżące w różnych warstwach siatkówki, niektóre na naczyniach siatkówkowych; tu i owdzie grudki barwika odpowiadają złogom barwikowym w naczyniówce. Tło tego pierścienia ciemne — tak w pierwszym jak i w drugim pierścieniu przybłonek siatkówkowy odbarwiony, tylko na obwodzie prawidłowy; ostrej granicy, jak przy zaniku okrężnym, nie ma. Plamka żółta tworzy plamę białą, nieco owalną, wielkości $^1/_2$ tarczy, oddzieloną od pierścienia pierwszego wąskim pasem ciemniejszym. W środku tej białej rozlanej plamy, w której utkania żadnego rozróżnić nie można, czarny punkt wielkości małego łebka szpilki. (A więc plamka żółta również miażdżycą dotknięta).

Lewe oko: Części dodatkowe bez zmian. Rogówka, przednia komora, tęczówka, źrenica prawidłowe. W soczewce kilka obwodowych sprych korowej zaćmy początkowej, zresztą środki łamiące czyste. Wziernikiem: Hypermetr. + 1·50 D. Tarcza bledsza, szarawa. Brzegi tarczy nieostro odgraniczone, powierz-

chnia tarczy jakby zamglona, *lamina cribrosa* nie widać. Tętnice cienkie, żyły nieco tylko cieńsze. I tu rozróżnić można trzy pierścienie jak na prawem oku, to jest miażdżycowy tuż koło tarczy, barwikowy na równiku i obwodowy prawidłowy; ale zmiany są wogóle mniej wybitne. W pierścieniu pierwszym tło jednostajnie ciemne. Naczynia naczyniówki widać wybitnie z powodu odbarwienia przybłonka barwikowego siatkówki, niektóre z nich koło tarczy tworzą białe lite pasy, a w dalszym ciągu na równiku są blado-różowe o wąskim słupie krwi. Szczególniej naczynia cieńsze są całkiem w biały pas zamienione, podczas gdy w grubszych w białym pasie można rozróżnić wąski blady słup krwi. W okolicy plamki żółtej naczynia naczyniówki przedstawiają się najwięcej prawidłowo. Tutaj widać rozrzucone pojedyncze wyspy wielkości łebka szpilki i większe dna prawidłowego. Ścisłego odgraniczenia, jak przy *retinitis gyrata,* wyspy te nie mają. Na równiku twory barwikowe dość liczne, postaci, jak przy zaniku barwikowym siatkówki wrodzonym, leżą w różnych warstwach siatkówki, niektóre przykrywają naczynia siatkówkowe. Obok tego znajdujemy kilka takichże tworów barwikowych tuż koło tarczy i na tarczy. Na granicy części obwodowej siatkówki kończą się twory barwikowe siatkówki, również i dno jest tutaj prawidłowo zabarwione (przybłonek barwikowy prawidłowy) i naczynia naczyniówki również prawidłowe; ścisłej granicy nie ma.

Tutaj na pierwszy plan występuje zanik barwikowy siatkówki i bladość tarczy z cienkiemi naczyniami siatkówkowemi, zmiany zaś miażdżycowe naczyniówki mniej są wybitne. Złogów barwika w naczyniówce nie ma.

Bystrość wzroku:

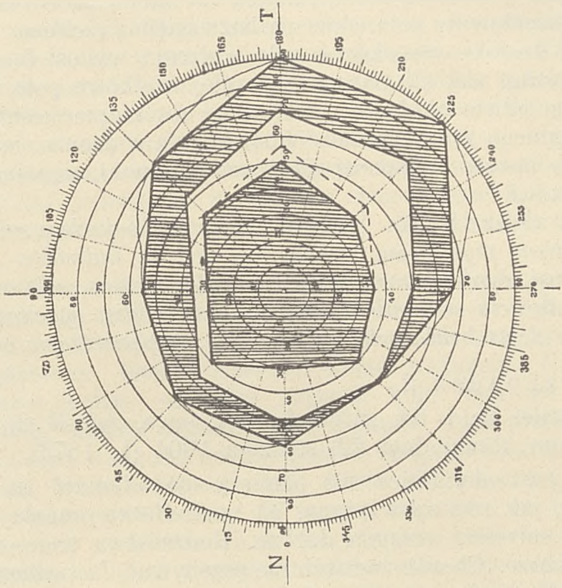
V. pr. palce : 1·50 m palce : 2 m c + 9,0 D.

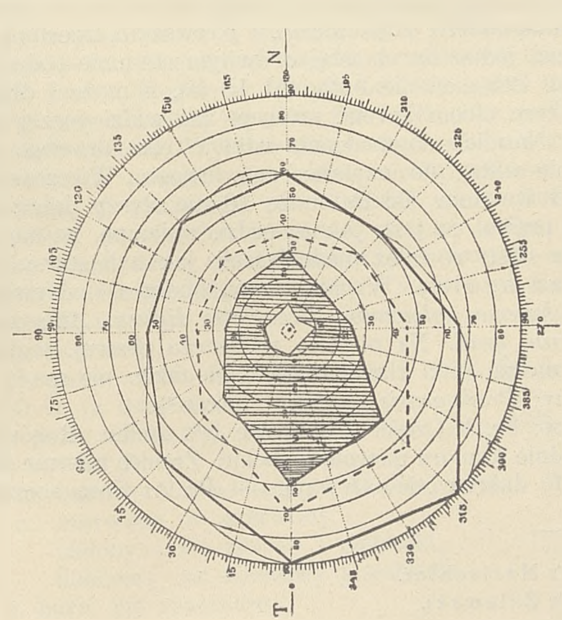
V. l. $^{6}/_{60}$ ts c + 1·50 D. Sn. 4 c + 5,0 D., pojedyncze litery trudno.

Czucie światła, badane fotometrem Förstera po przystosowaniu 50 minut, prawidłowe.

Czucie barw, badane włóczkami Holmgrena na barwę czerwoną, zieloną, niebieską, okazuje się prawidłowe.

Pole widzenia: Pr. o.: Pole widzenia zwężone od obwodu o 20°. W środku pola widzenia ubytek *(scotoma absolutum)*, wynoszący 30—50°, tak, że chory widzi tylko pasem pierścieniowatym, szerokim 5—30°. znajdującym się między ubytkiem środkowym, a zwężeniem obwodowem. Dla barwy czerwonej zachowanym jest w tym pierścieniu odcinek 5° szeroki w części zewnętrznej pola widzenia. L. o.: Na obwodzie ścieśnienia





nie ma tak dla barwy białej jakoteż dla barwy czerwonej. Ubytek pierścieniowaty pola widzenia bezwzględny *(scotoma absolut.)* 15—40° szeroki. Środkowe pole widzenia wynosi 5—10° dla barwy białej, zaś dla barwy czerwonej środkowe pole widzenia wynosi zaledwie około 3°. Obok więc ubytku pierścieniowatego bezwzględnego mamy jeszcze ubytek pola widzenia pierścieniowaty dla barwy czerwonej *(scotoma relativum)*, sięgający do 3° ku środkowi.

Rozpoznanie: *Sclerosis vasorum chorioideae subsequente degeneratione pigmentosa retinae, oc. utr. in individuo cum arteriosclerosi, leucoma corneae adh. maculae corneae, coloboma irid. artif.. cataracta secundaria, synech. post. iridis, opacitates corp. vitrei oc. dextr., cataracta cortic. incip. hypermetropia oc. sin.*—

Przypadek II.

Mendel R.. l. 64, zarobnik ze Lwowa, zgłosił się do ambulatoryum kliniki dnia 22. stycznia 1901 (L. 1373).

Wywiady: Ojca nie pamięta, bo odumarł go bardzo wcześnie, jak mu opowiadano, na nogi. Matka umarła w 78 r. życia ze starości, widziała dobrze. Rodzeństwa troje, wszyscy widzą dobrze. Chorób żadnych nie przebywał, *lues* przeczy. Nie pije, bardzo mało pali. Żonaty. Z ośmiorga dzieci pięcioro zdrowych, widzą dobrze, troje umarło, w pierwszym, trzecim i ósmym roku życia, jedno na cholerę, o dwojgu nie umie podać, wskutek czego. Poronień nie było. Od 15 lat, a może i dłużej, nie widzi dobrze okiem lewem, prawem zaś widzi gorzej od paru miesięcy. Na ulicy do chodzenia używa tylko prawego oka, bo lewem nie widzi, do czytania zaś lewego. Wieczorem widzi lepiej, niż we dnie. Od lat może 10 nie słyszy dobrze, gorzej na ucho prawe, co jest, jak twierdzi, rodzinne, bo matka jego i jedna z sióstr również niedosłyszeli, jak byli starsi.

Stan ogólny: Wzrost średni, budowa i odżywienie dobre. *Emphysema pulmonum. Bronchitis diffusa. Atheroma arteriarum min. grad.* Na nogach, zwłaszcza prawej, rozległe żylaki. W moczu nitki śluzu, białka ani cukru nie ma [1]).

Uszy: *Presbyacusis* (zmiany starcze [2]).

Oczy: Pr. l. Części dodatkowe bez zmian. Rogówki czyste. Przednie komory miernie głębokie. Źrenice miernie szerokie, na światło dobrze oddziaływają. — Pr. o. Kora soczewkowa

---

[1]) Dr Marischler.

[2]) Dr Zalewski.

nieprawidłowo zaćmiona w częściach obwodowych, najwięcej od nosa i środkowo. Wziernikiem w obrazie odwrotnym: Tarcza brudno-różowa, o brzegach ściśle odgraniczonych. Naczynia siatkówkowe prawidłowe. Po zewnętrznej stronie tarczy odcinek sierpowaty wielkości $^1/_2$ tarczy, bledszy, nieściśle odgraniczony. Dno zresztą prawidłowe. W obrazie prostym z powodu zaćmienia soczewki szczegółów całkiem dokładnie rozróżnić nie można, widać jednak, że w odcinku sierpowatym koło tarczy naczynia naczyniówki są tylko bledsze, ale obwódek białych nie mają.

L. o. Soczewka okazuje nieznaczne obwodowe zaćmienie korowe. Zresztą środki łamiące czyste. Myopia — 4 D.

W obrazie prostym: Tarcza w całości bledsza, czółenkowato zagłębiona, *lamina cribrosa* widać wyraźnie. Naczynia siatkówkowe cieńsze, obwódek szarych koło nich nie widać. Brzegi tarczy dobrze odgraniczone. Plamka żółta przedstawia się jako wyspa wielkości tarczy, postaci leżącego owalu, barwy jednostajnie brudno-różowej, dość ściśle odgraniczona, jakby wystawała nad powierzchnię. W tylnym odcinku i na równiku rozległe zmiany miażdżycowe w naczyniówce, które bardzo dokładnie można widzieć z powodu odbarwienia przybłonka siatkówkowego. Najwybitniej zmiany te występują tuż koło tarczy, szczególniej między tarczą a plamką żółtą i dołem zewnątrz, gdzie naczyniówka jest całkiem zanikła, przedstawia tło prawie jednostajnie białe. Wogóle w tylnym odcinku gałki naczynia naczyniówki przedstawiają się jako lite białe pasy, zaś na równiku są blado-różowe. Wybitna różnica zachodzi między grubszymi a cieńszymi pniami naczyń naczyniówki, cieńsze tworzą lite białe pasy, w grubszych zaś widzimy cienki blady słup krwi, otoczony, po obu lub po jednej stronie, białym pasem. Na równiku liczne twory czarne, przeważnie okrągłe, wielkości łebka szpilki i większe, leżące w różnych warstwach siatkówki. Obwód prawidłowy.

Bystrość wzroku.

V. pr. palce : 2·50 m. palce : 3 m c — 3 D. Snellen 3 c + 3,0 D. (z trudnością).

V. l. palce : 3 m. $^6/_{18}$ c — 4 D. Snellen 1·50. Snellen 0·5 c + 3,0 D.

Czucie barw próbą włóczkową Holmgrena:

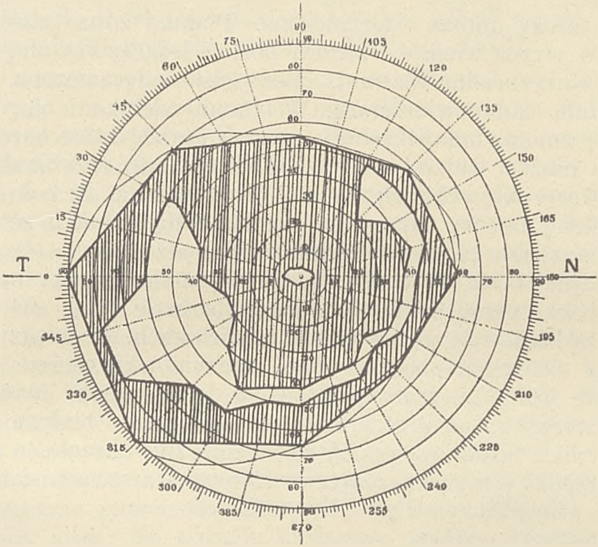
Pr. o.: czerwony = czerwony,
zielony = zielony i niebieski,
fioletowy = fioletowy i niebieski.

L. o. barw nie rozeznaje.

Czucie światła fotometrem Förstera: Prawe oko prawidłowe. Na lewem oku bardzo obniżone, chory przy całkowicie rozkręconej śrubie fotometru kresek nie rozróżnia.

Pole widzenia: Pr. o. Dla barwy białej zwężone nieprawidłowo z wycinkami, wynosi górą 25⁰, zewnątrz 70⁰, dołem 40⁰. Dla barwy czerwonej 25⁰ zewnątrz i wewnątrz, 5⁰ górą, 30⁰ dołem. Dla barwy zielonej 0⁰ górą, 20⁰ zewnątrz, 25⁰ dołem, 10⁰ wewnątrz.

L. o. Środkowe pole widzenia wynosi 3—5⁰. Obok tego utrzymanym jest wąski pas pola widzenia na obwodzie, leżący między 40—45⁰ dołem i wewnątrz, górą wewnątrz rozszerza się do 20⁰, dołem zaś zewnątrz rozszerza się do 50⁰. Od góry przerwany. Barw nie rozeznaje.



R o z p o z n a n i e: *Sclerosis chorioideae subsequente atrophia pigmentosa retinae, atrophia n. opt. oc. sin. in individuo cum arteriosclerosi cum cataracta cortic. incip. et myopia mediocri oc. utr.*

P r z y p a d e k III.

Dmytro M., l. 60, dozorca więzień ze Lwowa, zgłosił się do ambulatoryum kliniki dn. 2/X. 1900 (Nr 72 A.).

Wywiady: Rodzice odumarli go w późnym wieku, nie spokrewnieni ze sobą, widzieli dobrze. Rodzeństwa było siedmioro. Dwoje umarło, reszta żyją zdrowi. Najstarszy od dziecka ma krótki wzrok, zresztą wszyscy widzą dobrze. W dzieciństwie przechodził kur. Przed 4ma laty chorował na zapalenie płuc i błony sercowej. Przed 2ma laty *lues,* wziął 30 wcierek. We wojsku służył 8 lat, przez 20 lat jest w służbie rządowej. Żonaty, troje dzieci zdrowych, widzą dobrze, czworo umarło: jedno na ospę, dwoje na zapalenie mózgu, czwarte nie wiadomo, na co.

Napojów wyskokowych ani nikotyny nie nadużywa. Od dwóch lat widzi gorzej wieczorami, od roku i we dnie.

Stan ogólny: Wzrost średni, budowa i odżywienie dobre. *Processus atherom. aortae et arter. periphericarum, hypertrophia cordis sinistr.* [1]).

W moczu białka ani cukru nie ma.

Stan obecny: Prl. zewnętrznie prawidłowe.

Opht. Pr. Środki łamiące czyste, tarcza szaro-różowa, brzegi miękko odgraniczone. Żyły prawidłowe, tętnice siatkówkowe, szczególniej drobne, cieńsze. Dookoła tarczy pierścień $1^1/_2$ tarczy szeroki, od zewnątrz ściśle odgraniczony, zresztą granice nieprawidłowe. nieostre. Pierścień ten żółto-różowawo-szary widać lekko za mgłą, która jednak nie zasłania naczyń siatkówkowych, wyraźnie widocznych. Z powodu tego zamglenia szczegółów w tym pierścieniu dokładnie rozróżnić nie można, tu i owdzie przeświecają w nim blado-różowe naczynia naczyniówki. Miażdżycy naczyniówki nie widać, naczynia tylko są bledsze. Na równiku bardzo liczne, drobne, jak koniec szpilki, ziarnka czarnego barwika, obok tego nieliczne twory barwikowe, jak przy *retinitis pigmentosa,* leżące w siatkówce, przeważnie tuż pod naczyniami. a można je stwierdzić i na naczyniach siatkówki. Przybłonek barwikowy w tylnym odcinku lekko odbarwiony. W plamce żółtej kilka białych plamek wielkości łebka szpilki, leżących w naczyniówce. — L. o. W soczewce dołem lekkie zamglenie kory. zresztą obraz wziernikowy taki sam, jak na prawem oku.

V. pr. $^6/_{18-12}$ c — 3·50 D.

V. l. $^6/_{18}(_{-1})$ c — 3·50 D.

Perymetr: Pr. l. Lekkie ścieśnienie pola widzenia od obwodu (10^0), ubytek pierścieniowaty bezwzględny od nosa otwarty, c. 20^0 szeroki, zamykający środkowe pole widzenia, tylko 5^0—7^0

[1]) Dr Rencki.

wynoszące. W tem środkowem polu widzenia barwy rozróżnia dobrze. Dla barwy czerwonej ubytek pierścieniowaty o 5—15° szerszy, zresztą pole widzenia dla barwy czerwonej nieco tylko ścieśnione, ale z wycinkami.

Fotometrem Förstera po 20 m. przystosowania czucie światła wynosi 7 m² $\left(\frac{1}{3{\cdot}5}\right)$.

Cały obraz chorobowy przemawiał za tem, że mam tu do czynienia z miażdżycą naczyniówki, która dała powód do następowego zwyrodnienia barwikowego, zmian jednak miażdżycowych w naczyniówce wziernikiem stwierdzić nie mogłem. Po kilku jednak miesiącach, wśród którego czasu chory, oddając się swoim zajęciom, zażywał jod, obraz chorobowy wyjaśnił się, pokazało się, że przypuszczenie moje zupełnie się sprawdziło. Badanie wziernikowe d. 13/III. 1901. wykazuje: Okolica około tarczy znacznie mniej zamglona, stwierdzić można dokładnie białe pasy zanikłych naczyń naczyniówki, na granicy zaś pierścienia białego w. o. widzimy naczynia naczyniówki jako białe pasy, zawierające wąski blady słupek krwi. Zresztą obraz chorobowy się nie zmienił. Bystrość wzroku nieco tylko się zmniejszyła, chory czyta o parę liter mniej na tablicach Snellena.

Przypadek ten jest dla mnie o tyle pouczającym, że tutaj rozpoznałem miażdżycę naczyniówki jako zmianę pierwotną, mimo, że wziernikiem przy pierwszem badaniu nie stwierdziłem miażdżycy naczyniówki. Niskie takie stopnie miażdżycy naczyniówki nie są dostępne badaniu wziernikowemu, dopiero, aż przyjdzie do znaczniejszego zaniku barwika przybłonka siatkówkowego, zmiana pierwotna staje się widoczną.

Omówienie tych trzech wyżej opisanych przypadków zostawiam sobie na później, przedtem, celem dania ogólnego poglądu na różne postacie miażdżycy naczyniówki, pozwolę sobie przytoczyć przypadek Oellera dosłownie, ponieważ różni się on od wszystkich dotąd opisanych przypadków miażdżycy naczyniówki w literaturze.

Przyp. Oellera: *Sclerosis vasorum chorioideae oc. sin.*

L. M., l. 71, w 8. roku życia przebył tyfus, w 56. roku życia zapalenie otrzewnej. 14/V. 1893. r. z powodu presbyopii (+ 4,0 D.) badany wziernikiem z wynikiem ujemnym. Wkrótce

potem zaczął mu się wzrok pogarszać najpierw na lewem, a od pół roku i na prawem oku, bez jakiejkolwiek przyczyny.

19/II. 1895. badanie wewnętrzne wykazało przerost lewej strony serca i mierną miażdżycę naczyń.

V. prl. $^3/_{60}$ E. Pr. 4 D.

Pole widzenia i czucie barw prawidłowe.

Obraz wziernikowy wykazuje na lewem oku zmiany dalej posunięte, niż na prawem, wogóle podobne.

L. o. Środki łamiące czyste. Prawidłowa starcza tarcza nerwu wzrokowego ograniczona dookoła wyraźnym pierścieniem twardówkowym. Naczynia siatkówkowe prawidłowe, ale mniejsze naczynia siatkówkowe skąpe. Dno marmurkowane. Naczynia naczyniówki okazują od skroniowej strony brzegu tarczy aż poza okolicę plamki żółtej w obrębie c. $3^1/_2$ P. D. szerokim, a 2 P. D. wysokim zmiany znaczne na przestrzeni dość ściśle odgraniczonej, tak, że to miejsce jest jak gniazdo oddzielone od reszty dna. Bogato rozgałęzione naczynia naczyniówki okazują się biało-żółte, niektóre błyszcząco-białe; wiele z nich ma nakarbowano-sękate wejrzenie wskutek małych garbów, które na ścianie naczyniowej zdają się być usadowione. Wskutek tego wyglądają niektóre naczynia szersze, niż naczynia naczyniówki w przylegającym prawidłowym okręgu. Większość tych białych pasów wygląda zupełnie lito, niektóre mają w środku bardzo cienką jużto widoczną czerwoną nitkę jużto niknącą bez widocznego związku z prawidłowem naczyniem naczyniówki albo przechodzącą w prawidłowe naczynie naczyniówki. Największy biały pień w środku ogniska posiada 2 czerwone nitki, tuż zaś pod nim szerokie czerwone naczynie naczyniówki okazuje po obu stronach opaskę białą, widocznie przedstawiającą początek sprawy. Na brzegach ogniska tego widzimy, że naczynia miażdżycowe przechodzą w prawidłowe, czasem ze ścisłem odgraniczeniem, lub powoli bez ścisłej granicy. Tło między naczyniami miażdżycowemi ciemno-czerwono-szare. W niektórych tylko miejscach widoczne małe, czarne ogniska na brzegu zmienionych naczyń naczyniówki.

Również pozwolę sobie jeszcze przytoczyć w streszczeniu przypadek Silexa, aby poprzeć mój III. przypadek i zwrócić większą uwagę na to, że małe zmiany miażdżycowe naczyniówki, widziane wziernikiem, mogą dać powód do znacznego zwyrodnienia barwikowego siatkówki.

Przypadek Silexa:

Mężczyzna 52letni przed 24 laty przebył kiłę, wogóle zrobił tylko jednę turę wcierań. Od 10 lat hemeralopia. V. pr. $^{1}/_{10}$, l. $^{1}/_{7 \cdot 5}$. Pole widzenia środkowe wynosi 5—15°, obok tego na obwodzie pas 10—30° szeroki utrzymanego pola widzenia, pośrodku ubytek pierścieniowaty. W ciele szklistem zaćmienia. Tarcza szaro-czerwona, naczynia cienkie, na nich tu i owdzie białe nieprawidłowe osłonki. Na równiku twory barwikowe tworzą pierścień o tle jaśniejszem. W naczyniówce zmian nie ma. tylko w otoczeniu tarczy zaznaczona w niskim stopniu miażdżyca naczyniówki.

Zmiany barwikowe w siatkówce odnosi Silex do zmian w naczyniach naczyniówki, jako do sprawy pierwotnej.

(Dok. nast.)

3. Słów kilka w sprawie ułatwienia techniki przy irydektomiach.

Podał

BOLESŁAW WICHERKIEWICZ.

Nierzadko zdarza się, że chorzy, poddawani operacyom, połączonym z wycięciem tęczówki, zwłaszcza poddawani operacyi jaskry lub operacyi zaćmy, wykonywają tak silne ruchy gałką, nawet mimo ustalenia jej szczypczykami, — które to ustalenie, jak wiadomo, nie powinno być nigdy absolutne, — że przez to przyczyniają się albo do wykonania szpary niezupełnie regularnej, może nie dość dobrzeżnej, jaką ona przy jaskrze być winna, albo, co gorzej, powodują oderwanie tęczówki od ciała rzęskowego, połączone z niemiłym, rękoczyn utrudniającym, następcze leczenie opóźniającym krwotokiem do przedniej komórki. Aby tym nieprzyjemnym niespodziankom zapobiedz, zastępuję od dłuższego czasu szczypczyki tęczówkowe tępym metalowym haczykiem. Zapomocą tegoż wydobywamy tęczówkę do odcięcia z gałki daleko oględniej, a w razie niespodziewanego nagłego zwrotu gałki może nam się jedynie to przydarzyć, że tęczówka nadziana na haczyk zesunie się. Nadziewamy ją

więc ponownie, albo chwytamy teraz dopiero ostrożnie szczypczykami i odcinamy, ile potrzeba. Oczywiście i teraz może się jeszcze zdarzyć, że nam chory szarpnięciem gałki tęczówkę oderwie, ale zdarzy się to daleko rzadziej, oderwanie będzie mniej obszerne, gdyż staliśmy się już uważniejszymi na ruchy chorego i łatwiej możemy do nich się dostosować. Jeżeli ważną nam się przedstawia ta manipulacya haczykiem przy operacyi zaćmy, zwłaszcza, że po zrobieniu cięcia, czyto linijnego, czy płatowego, zwykliśmy usuwać szczypczyki ustalające i dalsze części operacyi wykonywamy przy wolnych ruchach gałki, a to dla uniknienia wypadnięcia ciałka szklistego, które też należy do największych u nas rzadkości, — to nierównie większe znaczenie ma stosowanie haczyka przy irydektomiach, podejmowanych w jaskrze. Tu nie tylko chodzić nam powinno o to, by nie spowodować oderwania tęczówki, utworzenia nieregularnej szpary, ale przedewszystkiem, by, wydobywając z gałki tęczówkę, nie zranić torebki soczewkowej, co przy wzmożonem nieraz w tylnym odcinku gałki napięciu, przy niespokojnem zachowaniu się chorego, przy czułości gałki w cierpieniu tak bolesnem, jakiem jest jaskra zapalna, łatwo nastąpić może, gdy operator, chcąc zapobiedz niedostatecznemu wycięciu tęczówki, t. j. pozostawieniu zwieracza, zbyt daleko ku środkowi posunie szczypczyki. W tych przypadkach haczyk tępy oddaje niemałe usługi.

Wiem, że to, co powyżej oświadczyłem, nie przedstawia sprawy wielkiej doniosłości, że może to ułatwienie techniki nie jest nowem, przypuszczam nawet, że niezawodnie niejeden operator pomaga sobie z tych samych powodów i tak samo, jak ja to czynię, jednakże pragnąłbym, ażeby to uproszczenie techniki operacyjnej dla dobra tych, którzy się powierzają naszej opiece, było jak najwięcej rozpowszechnionem, ogólnem, aby nieprzyjemne okoliczności, osłabiające wynik operacyi, w każdym razie jak najwięcej ograniczyć, abyśmy każdej chwili przy operacyi byli panami sytuacyi, niezależni od możliwych wybryków ze strony operowanych. Z tych to powodów towarzyszom zawodowym zwracam uwagę na to ułatwienie,

które mnie osobiście często już oddało usługi. Oczywiście ma ono znaczenie tylko tam, gdzie dla podjęcia operacyi chorego nie usypiamy. W razie narkozy względy do zastąpienia szczypczyków tęczówkowych haczykiem nie istnieją, gdyż operator zupełnie od chorego jest niezależnym.

Na zakończenie małą jeszcze dodaję uwagę. Tylko wtenczas haczyk tępy, czyto srebrny. czyteż złoty, spełni swe zadanie w powyżej oznaczonym kierunku, jeżeli jego zagięta część nie jest zbyt krótką, a odległość pomiędzy nią a częścią niezagiętą dość wąska, może tylko $^1/_2$ mm. Haczyk taki, sprowadzany zwykle przezemnie od firmy paryskiej Luër, odpowiada zazwyczaj tym wymaganiom.

II. NOWE KSIĄŻKI.

Bałłaban Teodor Dr: *Doświadczenia na polu nowoczesnej okulistyki.* Kraków. 1901. Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Leżące przed nami dziełko daje nam wyczerpujący obraz tego, co młody, samodzielnie pracujący okulista zdziałał przez pierwsze siedmiolecie, daje nam poznać, jak umiał sobie radzić w potrzebie, jak umiejętnie korzystać z czasu i materyału.

Materyał ten, zajmujący 168 stronic, dzieli autor na trzy części. W pierwszej, ogólnej, omawia opis ubikacyi ordynacyjnych, urządzonych z wielką pedanteryą i bardzo celowo, ale zawierających może wiele rzeczy zbędnych; dalej, mówiąc o zabiegach operacyjnych. wyraża przekonanie, że antyseptyka ważniejszą niejednokrotnie od aseptyki (oczywiście, gdzie ta nie da się ściśle umiejętnie przeprowadzić) odgrywa rolę. Sublimat znalazł w autorze wielkiego zwolennika, a wyrażając się ostrożnie o jego ujemnych własnościach, nieśmiało przypisuje mu także wywoływanie keratitis striata, który to objaw jednak zupełnie niezależnie od sublimatu powstać może z rozlicznych przyczyn, a mianowicie wskutek obrażenia rogówki przy wy-

ciskaniu soczewki, przy nierównem przecięciu, przy przerywanym z jakiegokolwiek powodu rychłozroście i t. d. Własnego pomysłu torba, szczegółowo opisana, przeznaczona do operacyi poza domem, może oddać wielkie usługi okulistom, wyjeżdżającym na dłuższą praktykę.

Dla znieczulania łączy Dr B. stosowanie kokainy 2% z zastrzykiwaniem podskórnem morfiny. Niewątpliwie we wielu przypadkach dobre to i wygodne, bo, unikając narkozy, unikamy niebezpieczeństwa, zyskujemy na czasie, ale u starych osobników uważalibyśmy stosowanie morfiny, w takiej zwłaszcza dawce, jak to autor czyni (1—2 ctgr.), za ryzykowne. Autor wkrapla także 10% wyciąg nadnercza przed kokainą, co ułatwia i wzmaga działanie tejże.

Dr B. okazuje się zwolennikiem ścisłej opaski po operacyach ocznych. Nie tu miejsce rozstrzygać tę sprawę, zaznaczamy tylko, że pod tym względem doświadczenie nasze kazało nam wielkie na korzyść chorych robić ustępstwa i zmiany, o których przy innej sposobności.

Osobny wogóle dział poświęca autor zresztą opaskom, i słusznie na innem miejscu zauważa, że wskazanie i przeciwwskazanie użycia opaski i rodzaju opasek bardzo ważną odgrywa rolę. Nie ze wszystkiem możemy się jednak godzić z autorem, że przy wrzodzie pełzającym z równoczesnym ropotokiem woreczka łzowego powinno się zakładać opaskę. Z dwojga złego wybierać trzeba mniejsze, a mniejszem jest perforacya, aniżeli dalsze zakażanie rogówki przez nagromadzanie się ropy z woreczka łzowego w worku spojówkowym.

W osobnym rozdziale wylicza autor rozmaite środki lecznicze, oczywiście te, które mu się okazały dobrymi, pomijając wiele innych, zasługujących często na uwzględnienie. W dalszych rozdziałach mówi o stosowaniu zimna i ciepła, opisuje swój przyrząd do »naparzania ócz«, wspomina miętosienie oka. Wstrzykiwaniom podspojówkowym ważne w leczeniu, może zbyt optymistyczne przypisuje znaczenie. Do tych zastrzykiwań używa wyłącznie $^1/_{10}$% dwusinku rtęci i 4% rozczynu soli kuchennej; dalej mówi o stosowaniu elektryczności (prądu sta-

łego, kataforezy z chlorku cynku, prądu przerywanego, galwanokaustyki, elektrolyzy), wreszcie wspomina o ciemnicy, której odmawia uzasadnienia.

Druga część obejmuje statystykę. Kilka tablic przejrzyście ilustruje przyrost chorych w pojedyńczych latach i miesiącach, choroby pojedyńczych części oka, wreszcie rozkład operacyi (523) według anatomicznego porządku.

Najobszerniejszą jest część trzecia, czyli szczegółowa, którą autor obejmuje kazuistykę i szczegółową terapię. Z kazuistyki podnieść wypada dział »ślepota i niedowidzenie«, w którym autor kilka bardzo ciekawych przez siebie spostrzeganych opisuje przypadków, świadczących o dobrym zmyśle spostrzegawczym, zręcznie oceniającym wpływ zmian mózgowych na zaburzenia wzrokowe. Nie możemy naturalnie wdawać się w rozbiór krytyczny pojedyńczych spostrzeżeń, z których niejedno, tylko naszkicowane. powinno szczegółowo być opisane, co też autor zapowiada. Nie wątpimy zaś, że to pobieżne zarysowanie wielu spostrzeżeń, przytoczonych z okazyi systematycznej lustracyi prawie całej patologii okulistycznej, daje miarę, jak młody pracownik na niwie okulistycznej od razu zabrał się celowo do dzieła. Obrachunek własny po pewnym okresie czasu z tego, cośmy zdziałali, daje nam wskazówkę, co i w jakim kierunku uzupełnić wypada, daje zachętę do dalszej pracy, pożytecznej i dla nauki i dla ludzkości. Życzymy autorowi, a naszemu współpracownikowi, aby, mając coraz liczniejszy materyał, mógł z równem zadowoleniem spoglądać po ukończeniu pracy nad drugimi 12 tysiącami chorych na swe zabiegi i podzielić się z nami, już w krótszym okresie czasu, swem doświadczeniem, więcej jeszcze rzeczy pogłębiającem.

Trudno nam nie zrobić jednego zarzutu autorowi, a mianowicie, że za mało uwzględnił w dziełku swem skończonego okulistę, za wiele lekarza ogólnie praktykującego. Tamtemu nadto podaje często rzeczy zbyt znane, temu nie dość przedstawia rzecz jasno i wyczerpująco. Jest to wszakże błąd, dający się i wytłómaczyć i wybaczyć, dlatego, że autor, pisząc, miał na oku i ogół le-

karzy i początkującego okulistę, któremu chciał widocznie być doradcą w jego pierwszych krokach samodzielnych.

Język wogóle jest poprawny. Niezbyt liczne usterki mogły były przy ścisłej korekcie być pominiętemi, jak np. rurka łzowa (str. 135) zam. przewodzik łzowy, znalazłem torbiela (str. 140) zam. znalazłem torbiel, przemieszczenie soczewki (luxatio lentis) (str. 99) zam. zwichnięcie i t. d.

Nie wątpimy, że autor, który już zwalczył wiele trudności językowych, niebawem, poświęcając swą pracę ojczystej literaturze, zupełnie otrząśnie się z naleciałości, dających się wytłómaczyć dawniejszą dłuższą pracą wśród obcych.

Wkońcu nadmieniamy, że zewnętrzna forma wydania przedstawia się bardzo okazale i przynosi zaszczyt drukarni naszej wszechnicy. *W.*

III. STRESZCZENIA.

Przyczynek do anatomii oka noworodka. (Zur Anatomie des Auges des Neugeborenen. Suprachoroïdalraum. Zonula Zinnii. Ora serrata u. sog. physiologische Excavation der Sehnervenpapille). Dr Lange z Brunszwiku. (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1901, III).

Autor nie zgadza się z zapatrywaniem Merkel'a i Orr'a, jakoby nie było jeszcze we wczesnych okresach embryonalnych tzw. przestrzeni zewnątrznaczyniówkowej *(Suprachoroïdalraum)* i jakoby u większości noworodków była ona niezupełnie rozwiniętą. Przeciwnie wykazał on takową już u 4miesięcznego ludzkiego płodu na oku, zachowanem w płynie Müllera, jakoteż w oku $4^1/_2$miesięcznego płodu, utrwalonem w $4^0/_0$ formolu. Także w wielu oczach noworodków, utrwalanych bądź to w płynie Müllera, bądź to w formolu, udało się mu wykazać przestrzeń zewnątrznaczyniówkową, która była raz szeroką na wielkiej przestrzeni i wypełnioną dobrze wykształconemi listewkami *(lamellae)*, okrytemi jądrami śródbłonkowemi, innym zaś razem tworzyła ona delikatną szparę w najprzedniejszej części gałki; w niektórych jednak oczach noworodków nie mógł wykazać ani szpary nawet. Na tej więc podstawie uważa Lange przestrzeń zewnątrznaczyniówkową za utwór, którego za-

wiązek należy odnieść do tego okresu życia płodowego, kiedy następowało histologiczne oddzielanie się tkanki naczyniówki od tkanki twardówki, a którego stopień rozwoju w czasie urodzenia się dziecka jest różnym, zależnie od osobnika; listewki tej przestrzeni przylegają za życia mocno do siebie, a przy badaniu anatomicznem dają się mniej lub więcej oddzielić, zależnie od stopnia ich rozwoju tj. od długości łączących je włókien. Dodać należy, iż wedle autora nie można mówić właściwie o jakiejś wolnej przestrzeni, gdyż takowa nawet u dorosłych nie istnieje, lecz nie może się za to zgodzić ze zdaniem Hippela, jakoby utwór ten widziany na preparatach noworodków, był sztucznie wywołany metodami badania.

Dalej potwierdza Lange to, co podają Merkel i Orr, iż w oku noworodka odchodzą włókna rąbka Zinniusza od całej powierzchni ciałka rzęskowego, poczynając od ora serrata, a kończąc na tylnej powierzchni tęczówki. Te ostatnie włókna poczynają się zwykle widłowato dwoma korzeniami w komórkach części tęczówkowej siatkówki; zanim dojdą jednak do torebki soczewki, łączą się one ze sobą, jeśli leżą blisko siebie, albo krzyżują się z włóknami nieco dalej poczynającemi się. — Stwierdza on także opis Schön'a, iż komórki przybłonkowe części rzęskowej siatkówki są jakby kończasto wydłużone i pochylone ku ciałku rzęskowemu; przytem jednak zaznacza, iż może tu się rozchodzić o skośne przekroje komórek zupełnie cylindrycznych.

Co do tzw. ora serrata w oczach ludzkich noworodków, to przekonał się autor, iż w tej postaci, jak to przyzwyczajeni jesteśmy widzieć ją w oku człowieka dorosłego bądź to na przekrojach poprzecznych, bądź to podłużnych — ona nie istnieje, gdyż część wzrokowa siatkówki przechodzi tu bezpośrednio w część rzęskową, nie tworząc żadnych schodów, a tylko ścieńczając się szybko.

Nadto widział on w oku 8miesięcznego płodu, zachowanem w formolu, fizyologiczne wyżłobienie tarczy nerwu wzrokowego. Takie samo wyżłobienie było na oczach innego znowu $5^1/_2$ miesięcznego płodu, gdzie nadto koniec nerwu przedstawiał obraz podobny do tak zwanego »łokciowatego wygięcia włókien nerwu wzrokowego«, włókna te były mianowicie na wysokości tzw. *lamina cribrosa* z boku odgięte i zagięte pod kątem, a część nerwu wewnątrz twardówki zawarta, była maczugowato zgrubiałą. To wyżłobienie tłomaczy on sobie osobniczą wrodzoną rozmaitością budowy końca nerwu wzrokowego.

Pomijam teoretyczne przypuszczenia, jakie autor nawiązuje do danych anatomicznych, gdyż one nic nie mówią.

Dr Gruszkiewicz.

Badania promieniami Roentgena w przypadkach utkwienia ciał obcych w oku i w oczodole. Prof. E. Machek. (Osobne odbicie z księgi pamiątkowej wydanej przez Uniwersytet lwowski z powodu 500-letniego jubileuszu Uniwersytetu Jagiellońskiego. 1900).

Rzecz właściwą poprzedza autor wypowiedzeniem swych poglądów na stanowisko, jakie okulista zająć powinien wobec przypadku, gdzie ma podejrzenie lub pewność, że w skaleczonem oku znajduje się ciało obce. Wskazania lecznicze streszcza krótko: jeżeli to wogóle możliwe, należy ciało obce wydobyć, jeżeli tego wykonać nie można, musimy się zachować wyczekująco, ale baczyć pilnie na oko drugie, żeby się w danym razie nie spóźnić z wyłuszczeniem gałki skaleczonej. Każdy nowy sposób, mogący nam ułatwić niewątpliwe stwierdzenie lub wykluczenie obecności ciała obcego w oku, stanowi wobec tego cenny i pożądany nabytek w dyagnostyce okulistycznej. Do takich sposobów należy badanie zapomocą promieni Roentgena.

Gałka oczna umieszczona w oczodole i ze wszystkich stron prócz od przodu osłonięta kostnemi ścianami, nie stanowi zbyt korzystnego pola dla roentgenografii. A jednak badania, które prof. Machek na kilku przypadkach przeprowadził głównie w lwowskim zakładzie roentgenograficznym Drów Hellmanna i Wollischa, przekonały go, że sposób ten oddać może we wielu razach istotne usługi. Na podstawie 10 spostrzeżeń, których opisy w krótkości przytacza, dochodzi autor do następujących wniosków:

Metaliczne ciała obce, z wyjątkiem glinu, który jest przezroczysty dla promieni Roentgena, można wykazać na płycie fotograficznej, robiąc zdjęcie od skroni do skroni. Przeświecanie w kierunku od przodu ku tyłowi lub odwrotnie nie wystarcza dla wykrycia mniejszych ciał obcych, gdyż te giną w cieniu grubych kości tylnej części czaszki. Należy wykonać kilka zdjęć, przesuwając za każdym razem źródło promieni X, co jedynie umożliwia ścisłe oznaczenie umiejscowienia ciała obcego. Przytem pamiętać należy, że np. igła wbita w korek daje na fluoryzującej płycie cień bardzo wyraźny, jeśli długością swą ułożona jest równolegle lub skośnie do niej, cień zaś ten bardzo często znika zupełnie, gdy igłę ustawimy prostopadle do płyty. Coś podobnego mogłoby się przypadkiem wydarzyć, gdybyśmy się ograniczyli na jednem tylko zdjęciu w razie obecności ciała obcego o podłużnej postaci. Skiagram może także wykazać obecność ciała obcego metalicznego, utkwionego w oczodole, poza okiem. Poznamy to porównując kilka zdjęć wykonanych przy niezmienionem położeniu źródła promieni Roentgena, ale przy coraz to innem zwróceniu badanego oka. Ciało obce znajdujące się

w samej gałce (byle tylko nie w samym geometrycznym jej środku!) zmieniałoby przy każdym ruchu oka swe położenie. Ciało obce zaś utkwione poza obrębem gałki, nie biorąc udziału w jej ruchach, rzuci przy każdem zdjęciu cień swój na ten sam punkt fotograficznej płyty. Na zakończenie przestrzega autor przed zbyt długotrwałem i częstem wystawianiem chorego na działanie promieni Roentgena. Ze szkodliwych następstw wymienia: siwienie i wypadanie włosów, zaczerwienie, zapalenie a nawet zgorzel skóry. Natomiast na samo oko przeświecanie promieniami Roentgena żadnego szkodliwego wpływu nie wywiera.

Dr K. W. Majewski.

O bystrości wzroku pod względem medyczno-sądowym, (De l'acuité visuelle au point de vue médico-légal). Péchin. (»Archiv. d'Ophtalmologie«. Mars. 1901).

Autor występuje przeciwko tablicom Groenouva i Magnusa które ci skonstruowali dla oznaczenia niezdolności pracy zawodowej wskutek osłabienia bystrości wzroku, uzasadniając swe wystąpienie licznymi przykładami, jak niesłusznem jest takie szematyzowanie — i obstaje za indywidualizacyą przypadków, a tablice uważać chce, jako tylko względną pomoc. Praca ta, zresztą bardzo ciekawa, nie nadaje się do referatu. — *Dr Brudzewski.*

Przyczynek do zmian na naczyniach siatkówki przy białaczce. (Ein Beitrag zu den Netzhautgefäss-Veränderungen bei Leukämie). Dr Murakami z Japonii, obecnie w Wrocławiu. (»Kl. Mntsbl. für Augenh.« — Februar 1901).

Autor podaje mikroskopowy obraz zmian, jakie znalazł w jednym przypadku zapalenia siatkówki przy białaczce; w ogóle nie różni się on wiele od dotąd opisanych, tylko na jedno zwraca autor uwagę, a mianowicie na miliarne wydęcia *(Varicositäten)* naczyń, otoczone płaszczem naczyń białych, podczas gdy ściany były albo mocno zgrubiałe, albo zaledwo zaznaczone, tak, że gubiły się w masie leukocytów, lecz nie było wcale śladów zwyrodnienia. Przyczyny wydęcia dopatruje się on w mechanicznem zatkaniu leukocytami, a tkankołącznowe zgrubienie ścian niektórych naczyń uważa on za następowe: ulegnie małe naczyńko zaczopowaniu, to rozciąga się ono wskutek ucisku, przepuszcza przez ściany składniki krwi *(diapedesis)*, osobliwie ciałka białe, poczem ulega trombozie i obliteracyi; mała krzepliwość krwi białaczkowej ułatwia przechodzenie leukocytów, które potem tworzą płaszcz dokoła wydęcia. A ponieważ do charakterystycznych tworów zapalenia siatkówki białaczkowego zalicza się w pierwszym rzędzie opisane po raz pierwszy przez Lebera ognisko ciałek białych o wyglądzie nowotworów

(okrągłe, wystające, z nagromadzonemi w środku leukocytami i nielicznemi ciałkami czerwonemi na obwodzie), a niektóre wydęcia naczyń, opisane przez autora, stanowiły obraz zupełnie zgodny z opisywanymi pseudonowotworami, dlatego uważa on te ostatnie za nic innego, jak za zaczopowane wydęcia naczyń, które otoczone zostały wyemigrowanemi ciałkami białemi i czerwonemi na obwodzie tak, iż nie można dojrzeć ich ściany. Tłómaczenie takie wydaje się autorowi zupełnie uzasadnionem, osobliwie wobec faktu, iż dotychczasowe wyjaśnienia powstania tych utworów przez Lebera, Reineke'go, Bäek'a, Feilchenfeld'a nie mogą wcale nas zadowolić. Na poparcie swego twierdzenia przytacza autor fakt, iż te twory nie zawsze są spotykane przy białaczce, podczas gdy wydęcia naczyń, zdaje się, iż przychodzą stale. Zapatrując się wreszcie ze stanowiska zupełnie ogólnego na opisany przypadek, widzi on przyczynę wszystkich zmian we wielkiem mnożeniu się leukocytów: lepkość ich zwalnia krążenie, w dalszym ciągu zatyka naczynia, czego następstwem są znowu wydęcia naczyń, wynaczynienia i obrzęki.

Dr Gruszkiewicz.

Przypadek samoistnego krwotoku między siatkówką a ciałem szklistem. (Ein Fall von idiopathischer Blutung zwischen Netzhaut und Glaskörper). Dr H. Ziegner. (»Berliner klinische Wochenschrift«. 1901, Nr. 13).

Pewien 52letni kupiec, pracując wieczorem przy świetle lampy, zauważył nagłe pogorszenie wzroku prawego oka. Po zasłonięciu lewego oka widział przedmioty w niewyraźnych zarysach, a światło wydawało mu się czerwonem. Badanie, podjęte w kilka dni później przez Dra Ziegnera, do którego chory się udał, nie wykazało w ustroju żadnych zboczeń prócz wybitnej miażdżycy tętnic. Oko Oko prawe nie przedstawiało zewnętrznie żadnych zmian, wziernikiem zaś widać było powyżej i na zewnątrz od tarczy nerwu wzrokowego znaczne wynaczynienie krwi, barwy żywo-czerwonej, a postaci nerkowatej. Ognisko to, wszędzie ostro ograniczone, pokrywało $^1/_3$ powierzchni tarczy, jakoteż tętnice i żyły siatkówkowe, które przebiegały w jego obrębie. W naczyniach siatkówkowych nie można było dostrzedz żadnych zmian. Chory liczył palce zaledwie przy oku. W polu widzenia wykazywał perymetr środkowy ubytek. Zamiast poddać się leczeniu, chory powrócił do zajęć codziennych i dopiero po upływie dwóch tygodni zgłosił się powtórnie, przyczem Dr Ziegner stwierdził stan niezmieniony tak co do obrazu wziernikowego, jakoteż co do bystrości wzroku i pola widzenia — i zastosował leczenie, polegające na zastrzykiwaniach podspojówkowych soli kuchennej. Natychmiast nastał zwrot ku lepszemu, a po 14stu zastrzyknięciach

ognisko krwotoczne zmalało do $^1/_4$ pierwotnych rozmiarów, bystrość wzroku podniosła się na $^9/_{10}$, a *scotoma centrale* znikło zupełnie. W kilka miesięcy później stwierdził autor u chorego tego powrót prawego oka do stanu zupełnie prawidłowego. W przypadku tym krew wylała się pomiędzy siatkówkę a ciało szkliste. Przemawiają za tem trzy okoliczności: 1. Choremu zwyczajne światło wydawało się czerwonem *(erythropsia);* 2. krwawa plama pokrywała część tarczy i naczynia siatkówki; 3. po wessaniu krwi odsłoniła się nieuszkodzona siatkówka. Autor podnosi niewątpliwą skuteczność zastrzykiwań podspojówkowych rozczynu soli. —

Dr K. W. Majewski.

Przyczynek do błonicy spojówki. (Ein Beitrag zur Diphtherie der Conjunctiva—Conjunctivitis crouposa durch Diphtheriebacillen). Dr E. Schlesinger ze Strasburga. (»Münch. Med. Wochenschrift«. 1901. Nr 3).

Od czasu Saemischa *c. crouposa* i *c. diphtheritica* były uważane za dwie odrębne choroby oka, z których pierwsza przebiegała łagodnie i dobrotliwie, druga zazwyczaj groźnie z powikłaniami, nieraz życiu grożącemi. Jednak od połowy ostatniego dziesiątka lat granice między temi chorobami nie są tak ściśle odróżniane; odkrycie bowiem Klebs-Löffler'owskiego prątka błonicowego ma rozstrzygające znaczenie w rozpoznawaniu różniczkowem tych dwóch chorób, i dziś łagodnie przebiegające przypadki, w których jednak stwierdzono bakteryologicznie prątki błonicowe, uważać należy za błonicę spojówki.

Autor opisuje 2 przypadki, z których w pierwszym, pomimo znamiennego klinicznego i anatomicznego obrazu, stanowczo nie wykazano prątków błonicowych, — w drugim, przedstawiającym się klinicznie jako *conj. crouposa,* bakteryologicznie stwierdzono prątki Löffler'owskie. Dlatego wyraźnie zaznacza autor, że tylko badanie bakteryologiczne, które jednak nie powinno ograniczać się tylko do preparatu szkiełkowego, ale powinno być oparte na hodowlach, umożliwia rozstrzygnięcie, o ile *conj. crouposa* jest wywołana zakażeniem błonicowem. Jest to zaś bardzo ważnem ze względu: 1. na profilaktykę, przyczem raczej wszystkie *c. crouposae* uważać należy za choroby zakaźne i jako takie traktować, szczególnie w licznych ambulatoryach klinicznych, i 2. na leczenie, mianowicie obok środków, zwyczajnie miejscowo stosowanych, należy zastrzykiwać surowicę, która w przypadkach, niepolegających na zakażeniu błonicowem, według zdania autora, jest zupełnie nieszkodliwa.

Dr Łuniewski.

Przypadek wrzodu toczącego rogówki (ulcus rodens) z opisem wyniku badań bakteryologicznych. J. Koliński. (»Czasopismo Lekarskie«. T. III. Nr 5. 1901).

Dr K. spostrzegał rzadki przypadek tego wrzodu u 28letniego starozakonnego na prawej rogówce, którą w ciągu 5 miesięcy zniszczył całkowicie. Chwilowe polepszenie i zatrzymanie sprawy, jakby okresowość, stwierdził autor po wypaleniu wrzodu galwanokauterem z opatrunkiem airolowym. Niecierpliwy chory, bojąc się przyżegań, szukał pomocy we Wrocławiu i Warszawie i wreszcie zaniewidział zupełnie, gdyż sprawa, umiejscowiona w warstwach powierzchownych rogówki (nabłonek, błona odgraniczająca przednia i powierzchnia właściwej tkanki rogówkowej), całkowicie ją zniszczyła, bez udziału zapalenia spojówki.

Przy pomocy kuleczki sterylizowanej waty, umocowanej na druciku, zdjęto szarą wydzielinę, pokrywającą podminowany brzeg owrzodzenia i zachowano w wyjałowionej probówce: w hodowli i preparatach drobnowidowych wykryto czystą hodowlę gronkowca białego *(staphylococcus pyogenes albus).* Hodowle, szczepione z agaru glicerynowego na rogówkach królików i morskiej świnki, dawały na miejscach ukłucia szare, ograniczone nacieczenia, znikające na piąty dzień.

Szan. autor przytacza w swem spostrzeżeniu przypadek Gifferta z Omaha. Dr G. stwierdza też pożytek, jaki osiągnął przy *ulcus rodens* przez przypalanie; muszę jednak dodać, że znalazł on tu podminowanie spojówki wokoło całej rogówki na przestrzeni 1—2 mm. i dopiero po wycięciu tej części spojówki naokoło przypalił galwanokanterem i przerwał sprawę.

Wartoby przy leczeniu wrzodu toczącego rogówki wypróbować zastosowanie promieni chemicznych słońca (przyrząd Nesmanowa), zabijających drobnoustroje, których istnienie wykrył w swojem spostrzeżeniu szan. kol. z Łodzi. — *Dr J. T.*

O bólach twarzy i głowy spostrzeganych w przebiegu grypy. (Ueber die bei Influenza beobachteten Gesichts- und Kopfschmerzen). Doc. W. Roth z Wiednia. (»Wiener Med. Wochenschrift. 1901, Nr. 7).

W następstwie grypy występują nieraz gwałtowne bóle w twarzy, w okolicy czoła lub skroni, to znowu w okolicy potylicy i dają wtedy powód do rozpoznawania neuralgii gałęzi nerwu trójdzielnego, gdy tymczasem, zdaniem autora, mają one swą przyczynę w ostrem zapaleniu błony śluzowej zatok pozostających w związku z jamą nosową, jakoto: zatoki czołowej, zatoki klinowej lub jamy Highmora. Bóle te odznaczają się bądź to zwalniającym, bądź też prze-

rywanym przebiegiem *(typus remittens vel intermittens)*. Po przepłukaniu odpowiedniej zatoki fizyologicznym rozczynem soli lub 1% roztworem kwasu borowego, ból zmniejsza się znacznie, a po kilku takich przepłukaniach ustaje zupełnie. Autor przyjmuje rozpoznanie nerwobólu tyl'o w tych przypadkach, gdzie przepłukanie zatok nie sprowadza żadnej ulgi w cierpieniu. Leczenie polega z początku na podawaniu takich środków jak chinina, fenacetyna, antypiryna, salipiryna, których skuteczność w grypie jest wypróbowana. Ponadto zaleca Roth leżenie w łóżku, środki napotne, ciepłe okłady, wdychiwanie pary wodnej z dodatkiem mentolu, nakoniec ostrożne przedmuchiwanie nosa sposobem Pollitzera. Dopiero, gdy to łagodne postępowanie nie sprowadza ulgi, przystępuje Roth do przepłukania tej jamy, w której przypuszcza siedlisko sprawy zapalnej i zabieg ten, wprawdzie dla chorego trochę dolegliwy, zazwyczaj już nie zawodzi. *Dr K. W. Majewski.*

Rozedma oczna. (Emphysem am Auge). Prof. E. Fuchs. (»Wiener klinische Wochenschrift«. 1901, Nr. 4).

Dla powstania rozedmy powietrznej w okolicy oka koniecznem jest spełnienie trzech następujących warunków: 1. Wytworzenie bezpośredniego połączenia jam powietrze zawierających z przestworami luźnej tkanki podskórnej powiek i spojówki lub też tkanki pozagałkowej w oczodole. 2. Wpędzenie powietrza do przestworów wśródtkankowych przez wzmożenie ciśnienia podczas wydechu. 3. Brak otwartej ramy skórnej, przez którąby wepchnięte w ten sposób powietrze ujść mogło na zewnątrz.

Przestworami zawierającymi powietrze — w sąsiedztwie oka są: jama nosowa i zatoki w związku z nią stojące, jak zatoka czołowa, zatoka klinowa, komórki kości sitowej *(cellulae ethmoidales)* i jama Highmora. Wymienić należy także woreczek łzowy, który w zwyczajnych warunkach wprawdzie nie zawiera powietrza, ale wyjątkowo może się niem od strony nosa wypełnić. Zwyczajną przyczyną rozedmy bywa uraz, który sprawia pęknięcie ścianki kostnej oddzielającej przestwory powietrzne jamy nosowej od tkanki łącznej oczodołu. W przeważnej liczbie przypadków rozedma nie powstaje bezpośrednio po urazie, lecz dopiero później wskutek kichnięcia, kaszlu, a zwłaszcza przy silnem siąkaniu nosa. Wtedy dopiero powietrze dostaje się pod skórę powiek. wytwarzając dobrze znany poduszkowaty obrzęk tychże — lub wnika do tkanki pozagałkowej i sprawia mniej lub więcej wybitny trzeszcz gałki. Zdarzenie to następuje bądź to wkrótce po doznanym urazie, bądź też po upływie dłuższego, nieraz bardzo długiego czasu. Prof. Fuchs przytacza spostrzeżenia, gdzie rozedma wystąpiła dopiero w 10 lat (Thomp-

son), a nawet w 22 lata (Gosselin) po doznanym urazie. Zewnętrzny brzeg kostny oczodołu, jako część najmniej ochroniona, jest miejscem, które uraz najczęściej bezpośrednio dosięga. Najczęstszym jednak skutkiem takiego urazu (w przypadkach, gdzie przychodzi do powstania rozedmy) jest pęknięcie blaszki papierowej kości sitowej *(lamina papyracea ossis ethmoidalis)*. Mechanizm tego uszkodzenia tłomaczy autor w ten sposób, że uderzenie przyciska gałkę oczną do wewnętrznej ściany oczodołu, a ucisk ten zazwyczaj wystarcza, aby wywołać pęknięcie tej cienkiej blaszki kostnej. Jeżeli jednak uraz spowoduje pęknięcie samej gałki (zazwyczaj równoleżnikowe pęknięcie twardówki), wtedy gałka taka pozbawiona już napięcia nie zdoła złamać kości sitowej. Dlatego to rozedma powietrzna i pęknięcie gałki poniekąd wykluczają się nawzajem. Dr Walser, jeden z uczniów prof. Fuchsa, dostarczył na poparcie tej teoryi rozedmy ocznej dowodów doświadczalnych. a doświadczenia swe wykonywał na zwłokach ludzkich.

Ze spostrzeżeń, które autor przytacza, szczególnie ciekawy jest przypadek opisany przez Desmarres'a: U 58-letniego mężczyzny przy każdem siąkaniu nosa lewe oko wysuwało się z oczodołu na 1,5 cm. a równocześnie powieki obrzmiewały poduszkowato, okazując wszystkie znamiona rozedmy podskórnej. Po chwili treszcz ustępował sam przez się, a z pod skóry powiek chory powietrze wygniatał palcami. Fuchs opisuje oprócz tego kilka jeszcze przypadków takiej rozedmy nawykowej *(emphysema habituale)*. Są to spostrzeżenia Schanz'a, Rampoldi'ego i jedno własne autora.

Dr K. W. Majewski.

Żylak w oczodole. Dr R. Denig. (»The ophthalmic Record«. Maj 1899).

Dr Gruening (Nowy Jork), który pisał o żylakach w oczodole, rozklasyfikował je stosownie do umiejscowienia: do pierwszej klasy zaliczył żylaki, umiejscowione poza gałką oczną (żylak naturalnie wymacanym być nie może, lecz przy pochyleniu głowy, przy ucisku żyły szyjowej lub przy zamknięciu ust i nozdrzy wywołuje wysadzenie gałki), do drugiej żylaki, znajdujące się tuż przy gałce (żylak jest wymacalny, często widoczny, również wywołuje wysadzenie gałki), wreszcie do trzeciej klasy zaliczył żylaki, umieszczone po bokach gałki ocznej, kiedy trzeszcza przy pochyleniu głowy nie bywa, a tylko sam żylak rozdyma się.

W niewielu przypadkach spostrzegano przy prostej postawie ciała niewielkie zapadnięcie się gałek (enophthalmus), co chyba tem wytłómaczyć można, iż pod wpływem ciągłego zmniejszania się i rozdymania żylaków tkanka tłuszczowa oczodołu zmniejsza się. Żylak łatwo może być przyjęty za *cavernoma* (guz rozprężny?) oczo-

dołu, gdy jednak objawów ucisku nerwu wzrokowego nie ma, mimo długiego trwania naczyniowego nowotworu, z wszelką pewnością wykluczyć możemy *cavernoma,* jakkolwiek sygnalizowano wypadek zaniku nerwu wzrokowego wskutek pęknięcia żylaka w oczodole. Również wyklucza *cavernoma* nieznaczne zapadnięcie gałki, spotykane — jak rzekliśmy wyżej — przy żylakach. Jako przyczynek do etyologii żylaków w oczodole posłużyćby prawdopodobnie mogła nieprawidłowa wąskość w wielu wypadkach szczeliny oczodołowo-czaszkowej. Przypadek [1]) Dra R. Deniga za ciekawy uznany być powinien z tego względu, że — jakkolwiek żylak należał do klasy drugiej (patrz wyżej), to jednak przy pochyleniu głowy nie wywoływał trzeszcza. Przy prostej postawie ciała rzucało się w oczy, acz nieznaczne, zapadnięcie gałki ocznej. Autor uważa za najradykalniejszy zabieg wyłuszczenie żylaka zapomocą operacyjnego rękoczynu.

Włodz. Talko.

Doświadczalny przyczynek w sprawie reklinacyi zaćmy. (Experimentelles zur Frage der Starreclination). Dr Wassiljeff i prof. Andogsky w Petersburgu. (Klin. Mntsbl. für Augenheilkunde, Februar 1901).

Do przedsięwzięcia doświadczeń w tym kierunku skłoniło autorów to, iż w ostatnich czasach wykonywali niektórzy reklinacyą zaćmy z dobrym skutkiem w przypadkach, gdzie inne metody operacyjne okazały się niepewnemi; a nawet na zjeździe paryskim podjął tę sprawę na nowo Truc, przyczem w czasie dyskusyi pokazało się, iż do jej zwolenników — rozumie się w pewnych tylko razach — należą Panas, Dor i Gayet. A ponieważ dotychczas tak jakby nie było dokładnych badań mikroskopowych powikłań, jakie za sobą pociąga reklinacya, wykonali autorowie 24 doświadczeń na królikach: reklinacyą wykonali oni przez twardówkę za pomocą umyślnie na ten cel sporządzonej łopatki, poczem zabijali zwierzęta po jakimś czasie (19—160 dni) chloroformem a wyjęte gałki oczne utrwalali w 4°/₀ formalinie. Pokazało się, iż w 19 z 24 przypadków (79°/₀) wystąpiło oderwanie siatkówki, w 6 (25°/₀) zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, w 6 (25°/₀) zarośnięcie kąta komory, a tylko w 3 (12,5°/₀) nie było poważniejszych zmian. Porównywując to z doświadczeniami na ludziach, to o °/₀ udałych operacyj nie możemy mówić, gdyż nie posiadamy statystyki w tym kierunku, a Hirschberg twierdzi, iż procent ten może dochodzić do 50 przy korzystnych warunkach; co się zaś tyczy powikłań,

---

[1]) Chory Dra D. na dolnej wardze posiadał jednocześnie dwa wielkości grochu żylaki, przed 6 laty miał żylaki na lewej goleni, które od 2 lat znikły; od 3 lat cierpi na hemoroidy.

to na pierwszem miejscu zjawia się zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego. a po niem dopiero następuje oderwanie siatkówki, jaskra i współczulne zapalenie. Różnicę tę wyjaśniają autorowie tem, iż przy doświadczeniach na zwierzętach zachowano wszelkie prawidła antyseptyki, podczas gdy dawniej przy operacyach na ludziach nie przestrzegano tego wcale, a nadto używano do tego najczęściej kończastej igły, która łatwo naddziera torebkę soczewki, której zawartość jest bardzo dobrem podłożem dla rozwoju drobnoustrojów. Że zaś przy doświadczeniach na królikach najczęstszem było oderwanie siatkówki, to objaśniają autorowie większym urazem, wywartym na ciałko szkliste, gdyż w braku oderwania siatkówki w opisanych przez innych przypadkach, z dobrym wynikiem widzą oni dowód na to, iż albo ciałko szkliste pozostało w czasie operacyi nienaruszone, albo już przed operacyą uległo rozpłynięciu, a więc nie mogło przyjść do następowego kurczenia się tegoż, a tem samem oderwania siatkówki. Na podstawie tedy wyniku doświadczeń uważają oni tę metodę operacyjną jako zupełnie słusznie zarzuconą, a jeśliby ktoś chciał ją wykonać z powodu specyalnych jakichś wskazań, to radzą raczej zatopienie zaćmy *(depressio cataractae)*, niż reklinacyę, gdyż ta pierwsza dopuszcza mniejszy uraz ciałka szklistego. Przy końcu zwracają oni uwagę na zwichnięcie soczewki do ciałka szklistego, które jest samoisną reklinacyą względnie depressyą, nie dokonaną ręką ludzką; i tutaj mamy z jednej strony przypadki bez złych następstw, z drugiej strony przypadki z wyż wymienionymi powikłaniami; i tu wyjaśniają je oni tak samo, jak przy sztucznej reklinacyi lub depressyi [1]).

Dr Gruszkiewicz.

Zejście śmiertelne po operacyi zaćmy. (La mort après l'opération de la cataracte). Dr. A. Trousseau. (»Annales d'Oculistique«. 1901, Z. III).

Trudno przypuścić, żeby tak drobny stosunkowo, choć trudny i ważny zabieg operacyjny, jakim jest operacya zaćmy mógł bezpośrednio i sam przez się sprowadzić tak ciężkie zaburzenia ogólne, żeby aż dla życia z tego powodu wyniknąć miało niebezpieczeństwo. Prawda, że z każdej chociażby najdrobniejszej ranki może w razie zanieczyszczenia rozwinąć się najgroźniejsze zakażenie ogólne, ale właśnie co do operacyi zaćmy wiadomo, że, jeśli nieszczęśliwym wypadkiem wystąpi po niej ropienie, to sprawa ogranicza się na

---

[1]) Odpowiada to naszemu przekonaniu i doświadczeniu. Reklinacya a także depresya dopuszczalna tylko w wyjątkowych razach, wywołuje ujemne oczne zmiany, które później częściej występują, aniżeli to doświadczeniami na zwierzętach wykazać można, *W.*

utracie samego tylka oka. Trousseau nie ma jednak na myśli zakażenia przyrannego, lecz przytacza przykłady, bądź to z własnego doświadczenia, bądź też z opisów ogłoszonych w literaturze (Webster, Fromaget, Motais), gdzie po operacyi katarakty przyszło w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego i gdzie trzeba było powiedzieć, że nastąpiło ono nie tylko *post hoc*, ale i *propter hoc*[1]). Przypadki te odnoszą się do ludzi bardzo wiekowych dotkniętych miażdżycą tętnic, rozedmą płuc, nieżytem oskrzelowym i t. d. Wkrótce po operacyi, po założeniu obuocznej opaski chorzy ci, zniewoleni do nieruchomego leżenia na wznak, albo ginęli wśród objawów zapalenia płuc opadowego *(pneumonia hypostatica)*, albo dostawali objawów szału pooperacyjnego, a wtedy jako jedyną przyczynę zejścia śmiertelnego przyjmuje Trousseau wstrząs nerwowy wywołany obawą operacyi, niepewnością co do jej wyniku, przymusowym spokojem, ciemnicą i t. d. Jeden szczególnie przypadek bardzo przekonywująco przemawia za tego rodzaju tłómaczeniem zejścia śmiertelnego: 76-letnia kobieta, poprzednio na pozór przynajmniej zupełnie zdrowa, przybywa do kliniki (do której, autor nie podaje) ze skargą na upośledzenie wzroku. Natychmiast po zbadaniu lekarze oświadczają jej bez ogródek, że ma kataraktę i że musi się poddać operacyi. Ułożono chorą na stole operacyjnym i wykonano operacyę niezwłocznie (!). Można sobie wyobrazić, jak głębokiego wstrząśnienia nerwowego doznać mogła kobieta wrażliwa może i nieprzygotowana na te silne wrażenia, tak szybko po sobie następujące. Tegoż samego wieczora wystąpiły u niej objawy udaru mózgowego, a w 48 godzin potem umarła. Mimowoli nasuwa się tu przypuszczenie, że wstrząs nerwowy wpłynął na wzmożenie czynności serca i przy istniejącej zapewne skłonności (kruchości ścian naczyniowych) wywołał krwotok mózgowy.

Autor na podstawie własnego doświadczenia i obcych spostrzeżeń zaleca wielką przezorność i ścisłe uwzględnianie ogólnego stanu zdrowia, ilekroć się przystępuje do operacyi katarakty zwłaszcza

---

[1]) Dwa razy w ciągu dwudziestokilkoletniej praktyki okulistycznej przy bardzo obfitym materyale operacyjnym zdarzył mi się przypadek śmierci po operacyi zaćmy, raz u 90letniego, silnego zresztą mężczyzny, którego rok przedtem na jedno operowałem oko ze skutkiem, w dwa tygodnie po prawidłowej operacyi zaćmy drugiego oka.

Drugi dotyczył 80letniej damy, również bez powikłań operowanej, która w przeddzień naznaczonego swego do dalekiej siedziby powrotu nagle przy defekacyi ducha wyzionęła.

W obu przypadkach nastąpiła śmierć wskutek udaru mózgowego, którego w żaden związek przyczynowy z operacyą zestawić nie możemy. Był to nieszczęśliwy zbieg okoliczności. *W.*

u ludzi podeszłych wiekiem i każe zwracać uwagę w przebiegu pooperacyjnym na stan ciepłoty ciała, przyczem suchy język powinien być dla nas ważną, przez starych lekarzy wypróbowaną wskazówką, nakazującą wielką ostrożność w rokowaniu. Tak samo ilość oddawanego moczu w przypadkach podobnych wielkie ma znaczenie, jak to autor wykazuje na kilku spostrzeżeniach, gdzie u operowanych na zaćmę przyszło do zejścia śmiertelnego wśród objawów mocznicy, wywołanej kilkodniową anuryą.

Dr K. W. Majewski.

Wskazania do wycięcia splotu współczulnego szyjowego w przypadkach jaskry (Des indications de l'ablation du ganglion cervical supérieur dans le glaucome). Abadie. (»Archiv d'Ophtalmologie«. Mars. 1901).

W roku 1897 A. wygłosił zdanie na kongresie oftalmologów francuskich, że podstawa chorobowa jaskry tkwi w czynnem rozszerzeniu naczyń oka i radził, by, w razach, gdzie wycięcie tęczówki jest bez skutku, wycinać splot szyjowy górny nerwu współczulnego. W tymże samym roku Rumun Jonnesco o pół roku później podał, że wyciął w przypadku jaskry splot szyjowy nerwu współczulnego. Abadie mimo to zastrzega sobie pierwszeństwo pomysłu, na podstawie którego Jonnesco operacyę tę uskutecznił.

A. twierdzi, że niektóre inne cierpienia miejscowe mają także swą etyologię w zmianach naczyniowych, w krążeniu wadliwem. I tak w oku zmiany w nerwie współczulnym, powodując zmianę w szerokości naczyń, wywołują jaskrę. Prawdopodobnie (!), że i niektóre przypadki niewytłómaczalnej do dziś dnia głuchoty i oporne dotychczasowym zabiegom leczniczym mają analogiczną przyczynę. Na szyi gruczoł tarczykowy w cierpieniu Basedow'a ulega powiększeniu li tylko z powodu rozszerzenia naczyń, zatem ten sam mechanizm, co w jaskrze, — to też niektóre przypadki wola w przebiegu choroby Basedow'a ustępują po wydobyciu splotu współczulnego szyjowego. W jaskrze środki zwężające źrenicę, a zarazem zwężające naczynia mają wpływ na przebieg cierpienia dodatni, — w wolu trzeszczowym *(goître exophtalmique)* Basedow'a środki zwężające naczynia: chinina, antypiryna, ergotyna, dają dobre wyniki lecznicze. — Prawdopodobnie *angina pectoris* i ostry obrzęk płuc nie są niczem innem, jak następstwem wadliwej funkcyi n. współczulnego. Niektóre przypadki cukrzycy, te szczególnie, które się poprawiają po użyciu bromku potasu, antypiryny i in., są przypuszczalnie także pochodzenia tego samego. Jaboulay ogłasza cały szereg przypadków, gdzie wycięcie zwoju współczulnego w *regio sacralis* usunęło ciężkie cierpienie stawów, macicy, nerwu kulszowego i t. p. W oku rzecz ma się tak samo: wszystkie *mydriatica* rozszerzają zarazem

naczynia i podnoszą ucisk w oku jaskrą dotkniętem, *miotica* działają wręcz przeciwnie. W oku zdrowem ani te, ani tamte żadnego wpływu na ucisk śródoczny nie wywierają. Ten objaw powinien być użyty jako moment rozpoznawczy w przypadkach, poczynających się podobnie, n. p. w zaniku nerwu wzrokowego, gdzie też istnieje ekskawacya, bardzo podobna do ekskawacyi w pierwszych początkach jaskry prostej. Obok wyników badania, wskazujących stan pola widzenia, stan czucia barw, czucia światła, można zużyć własności swoiste atropiny i pilokarpiny. Jeśli po kilku dniach zapuszczania atropiny bystrość wzroku mocno się obniży, po miotykach zaś znacznie się poprawi, to mamy do czynienia z jaskrą, gdy nie zmieni się wcale (albo tylko tyle, ile wpływa na to rozszerzenie źrenicy), to mamy przed sobą cierpienie nerwu wzrokowego (bez jaskry).

Dlatego, że podwyższenie ucisku w jaskrze przewlekłej *(gl. rimplex)* jest bardzo nieznaczne, postęp choroby jest wolny. I w tych tazach, gdzie stopień obniżenia ucisku przez *miotica* jest właśnie sak silny, jak był stopień podwyższenia poprzedniego, *status quo* da się latami utrzymać, — jeśli ten stosunek wypada na korzyść podwyższenia ucisku, jaskra zwolna postępuje, stąd też znany objaw, że niektóre przypadki jaskry prostej po myotykach się poprawiają, a niektóre zupełnie z pod wpływu tych środków się usuwają. W tych to razach wycięcie zwoju szyjowego ma ścisłe swe wskazanie.

Prawdopodobnie w jaskrze ostrej i podostrej układ naczyniowy przedniego odcinka oka jest zajęty i te przypadki leczy się irydektomią. W tych wszystkich przypadkach tętniczki rozszerzone są unerwione przez włókna nerwu współczulnego śródczaszkowego, idące wraz z włóknami nerwu trójdzielnego. Tutaj też wycięcie zwoju współczulnego szyjowego byłoby bezskutecznem. — W tych też przypadkach źrenica jest szeroką, a wiadomo, że podług badań Franka włókna, działające na szerokość źrenicy, biegną razem z włóknami nerwu trójdzielnego. — *Dr Brudzewski.*

O leczeniu bez opaski po operacyach na gałce ocznej. (Ueber die modificirte offene Wundbehandlung nach Bulbusoperationen). Dr E. Heimann z Berlina. (»Münchener Med. Wochenschrift«. 1901. Nr 8).

Artykuł ten poświęca autor wielokrotnie roztrząsanej i omawianej już sprawie leczenia pooperacyjnego bez zakładania opaski. Jako główną wadę dawnego opatrunku podnosi on ucisk, jakiego pod nim doznaje oko. Ucisk ten utrudnia zamknięcie się rany i wypełnienie przedniej komory, opóźnia w ten sposób sprawę zabliźnienia, a nadto prawdopodobnie powiększa stopień niezborności pooperacyjnej. Dla poparcia tego ostatniego twierdzenia zamierza Hei-

mann przeprowadzić szereg porównawczych pomiarów astygmometrycznych i wyniki tych badań ogłosić dodatkowo. Autor nie jest zwolennikiem leczenia pooperacyjnego bez wszelkiej zgoła opaski, a zatem sposobu podanego przez Hjort'a, lecz zaleca drogę pośrednią, t. j. zakładanie czy to maski Fuchs'a lub Prauna, czy też okularów ze siatki drucianej lub nakrywek celuloidowych Schreiber'a. Nie wspomina jednak o opasce papierowej Wolffberg'a, która posiada również co najmniej te same zalety, jakie autor przypisuje wyżej wymienionym rodzajom opatrunku. Zalety te są następujące:

1. Ochrona oka przed uszkodzeniami mechanicznemi.
2. Swoboda ruchów powiek, które usuwają z oka nadmiar wydzieliny, bogatej zazwyczaj w drobnoustroje.
3. Wcześniejsze ustąpienie zadrażnienia dzięki swobodnemu odpływowi wydzieliny spojówkowej.
4. Dokładniejsze przystosowanie się brzegów rany, a stąd mniejszy stopień niezborności pooperacyjnej.
5. Większa dogodność dla operowanego.
6. Zmniejszenie niebezpieczeństwa wystąpienia zaburzeń umysłowych po operacyi.
7. Ułatwione doglądanie operowanego oka i większa wygoda w razie potrzeby częstego zapuszczania kropli. —

Dr K. W. Majewski.

W sprawie okularów celluloidowych. (Zur Frage der Celluloidbrillen). Dr W. Zimmermann ze Stuttgartu. (»Die Ophthalm. Klinik«. 1900, Nr. 17).

Prof. Weiss na przedostatnim zjeździe w Heidelbergu przedstawił zebranym własnego pomysłu okulary celluloidowe, które jednak ani przez członków zjazdu, ani później przez szerszy ogół okulistów nie zostały przychylnie przyjęte. Dr Zimmermann jednak zaczął okularów, a raczej muszli tych w praktyce swej używać i nabrał z czasem przekonania, że nie są one zupełnie bez wartości, przeciwnie, posiadają pewne cenne zalety. Muszle te wykrojone z cienkiej płytki zupełnie przeźroczystego celluloidu przytwierdza się zapomocą dwóch tasiemek tak, aby brzegami ze wszystkich stron dokoła oka dokładnie do skóry przylegały. Mogą one być podwójne, dla obydwu oczu lub tylko jednostronne. Prócz dokładnie przeźroczystych używał także Dr Zimmermann muszli takich z celluloidu lekko zadymionego zwłaszcza w przypadkach, gdzie do lekkiego podrażnienia oka np. po wyjęciu ciała obcego z rogówki, przyłączał się małego stopnia światłowstręt. We wielu zresztą razach muszle celluloidowe mogą, zdaniem jego, z korzyścią zastąpić kalikotowy lub papierowy opatrunek. Nie ma jednak na-

dziei, żeby mogły wyprzeć z użycia szklane okulary dymne, ponieważ chorzy niezbyt estetycznie wyglądają w muszlach celluloidowych i dlatego niechętnie przystają na dłuższe lub stałe ich używanie. Natomiast przypuszcza autor, że niektórzy robotnicy, których praca nie wymaga zbyt dokładnego przyglądania się drobnym przedmiotom, np. ludzie zajęci tłuczeniem kamieni, mogliby z korzyścią dla ochrony oczu muszli tych używać. *Dr K. W. Majewski.*

IV. Z TOWARZYSTW.

1. Sprawozdanie z 28 zgromadzenia Towarzystwa oftalmologicznego w Heidelbergu w r. 1900. (Streszczone według oryg. niem.) (Dokończenie).

XI. *Umiejscowienie ośrodka zwieracza źrenicy.* (Die Lage des Sphinctercentrums). St. Bernheimer.

W pracach z r. 1898 i 1899 wykazał Bernheimer, że ośrodek dla zwieracza źrenicy znajduje się w małokomórkowem jądrze środkowem i to tej samej strony. Dla obu zwieraczy leżą te jądra symetrycznie tuż obok siebie, w przedniej trzeciej części przednich wzgórków czworaczych pod przewodem Sylviusza. Chcąc o tem przekonać i przeciwników tych badań, postanowił on udowodnić to doświadczalnie. W tym celu wkłuwał u małpy, osobno sporządzony obosieczny nóż, w tę część mózgu, która odpowiada położeniu tych jąder. Wskutek tego zabiegu źrenica po tej samej stronie nie oddziaływała odruchowo ani współczulnie, a zmianę tę można było dokładnie spostrzegać przez cały miesiąc, gdyż tak długo żyło jeszcze zwierzę po operacyi. W tym też czasie robił autor odpowiednie zdjęcia fotograficzne, które uwidoczniają dokładnie stosunek w zachowaniu się źrenicy schorzałej i prawidłowej. Przeprowadzona u zwierzęcia sekcya zwłok wykazała ostro ograniczone przedziurawienie sklepienia w przedniej 3ciej części wzgórków czworaczych. Przez ten otwór zniszczył nóż prawe małokomórkowe jądro środkowe.

Badanie drobnowidowe wykazało zniszczenie wszystkich komórek prawego małokomórkowego jądra i to częściowo wprost przez uraz, częściowo zaś pośrednio przez następową sprawę zapalną.

Dr T. Bałłaban.

XII. *O tak zwanem porażeniu rozbieżnem.* (Über die sogenannte Divergenzlähmung). A. Bielschowsky.

U 3 chorych wystąpiło podwójne widzenie, przyczem oczy nie ustawiały się przy widzeniu w dal równolegle, lecz roz-

bieżnie. Zdwojone obrazy były równoimienne i dawały się zawsze usunąć przez przedłożenie odpowiednich szkieł klinowatych z podstawą na wewnątrz, a takie przy znaczniejszem zbliżeniu przedmiotu do ócz n. p. na zwykłą odległość czytania. Nader zajmująca ta zmiana była spowodowaną w 1szym przypadku u 35letniej kobiety, prawdopodobnie kiłą, w 2gim u 17letniego chłopca wstrząśnieniem mózgu, w 3cim zaś powstała ona po zatruciu ołowiem. Sposób powstania tego dotychczas mało widzianego objawu, da się wytłómaczyć trojako. I tak musimy przedewszystkiem myśleć o porażeniu jednego lub obu mięśni prostych zewnętrznych oka, dalej mogłoby się rozchodzić w tych przypadkach o t. z. skurcz zbieżny *(Convergenzkrampf)* a wreszcie o porażenie ośrodka rozbieżnego *(Divergenzlähmung)*. Przy dokładnem badaniu powyższych przypadków dały się porażenia mięśni prostych zewnętrznych oka wykluczyć już z samego zachowania się zdwojonych obrazów. Trudniejszą rzeczą było rozstrzygnąć pomiędzy skurczem ośrodka zbieżnego a porażeniem ośrodka rozbieżnego. Jakkolwiek teoretycznie mogłoby w tych przypadkach zachodzić jedno i drugie, to jednak obraz kliniczny przemawia raczej za porażeniem rozbieżnem. A to głównie dlatego, gdyż przy skurczu zbieżnym zboczenie gałek ocznych jest zazwyczaj daleko wyższego stopnia, dalej zwykliśmy widzieć przy niem drżenie gałek a także silne zwężenie źrenic i równoczesny skurcz akomodacyi. Ponieważ u wszystkich trzech chorych objawy te nie istniały, dlatego przyjmuje w nich autor porażenie ośrodka rozbieżnego, którego istnienie udowodnił badaniami doświadczalnemi na zwierzętach. *Dr T. Bałłaban.*

XIII. *O obuocznem widzeniu.* (Über bimaculares Sehen). L. Heine.

Chcąc wyjaśnić sposób, w jaki się odbywa widzenie obuoczne podaje Heine szemat, który uwidocznia łączność obwodowych części narządu wzrokowego z ośrodkami wzrokowymi w korze mózgowej. Przy zupełnie należytem wykształceniu narządu wzrokowego, posiadamy, zdaniem autora, w każdym ośrodku wzrokowym płatu potylicznego podwójne oko lub co najmniej podwójne żółte plamki, pozostające w łączności z żółtemi plamkami siatkówki przez szlaki wzrokowe. Jeżeli więc plamki żółte obu ócz są rzucone na jedno miejsce kory mózgowej, to możemy sobie przedstawić, że obrazy powstające w czopkach żółtych plamek siatkówek obu ócz spływają razem i leżą obok siebie w zdwojonej tej żółtej plamce kory mózgowej. *Dr T. Bałłaban.*

XIV. *O granicach bystrości wzroku.* (Über die Grenzen der Sehsschärfe). F. Best.

Praca oparta na czysto fizyologicznych obliczeniach, nie może być streszczoną w krótkiem sprawozdaniu.

XV. *O możliwości widzenia przewodu Schlemm'a w żyjącem oku.* (Über die Sichtbarkeit des Schlemm'schen Canals am lebenden Auge). Fuchs (Wiedeń).

Fuchs zwraca uwagę, że kanał Schlemm'a można widzieć w żyjącem oku u osobników, u których cienka twardówka prześwieca, a szczególnie u młodych dziewcząt.

Przy ześrodkowanem oświetleniu bocznem przedstawia się on jako ciemna linia łukowa, spółśrodkowa z rogówką. Ciemna jej barwa pochodzi stąd, że przewód ten zawiera w sobie u człowieka żyjącego krew. *Dr T. Bałłaban.*

XVI. *Środkowa bystrość wzroku i obwodowe oświetlenie.* (Centrale Sehschärfe und periphere Helligkeit). L. Hummelsheim.

Autor podjął się zadania zbadać, o ile oświetlenie obwodu pola widzenia wpływa na środkową bystrość wzroku. W tym celu oświecał on zawsze jednakowo silnie znajdujący się środkowo przedmiot i jego najbliższe otoczenie, podczas gdy pozostałe pole widzenia poddawał oświetleniu o różnej napiętości. Z przeprowadzonych badań wynika, że stosownie do zwiększania się bocznego oświetlenia poprawia się równocześnie i bystrość wzroku i to tak dalece, że przy podniesieniu natężenia świetlnego z 10 świec metrycznych na 200 podnosiła się bystrość wzroku o $^1/_4$. Badania te są dla nas ważne i pod względem praktycznym, gdyż dowodzą one, że do dokładnego zbadania bystrości wzroku nie wystarcza miejscowe oświetlenie wzorków próbnych, lecz że koniecznem nam jest do tego dokładne oświetlenie boczne, jakiego nam np. dzień jasny dostarcza. *Dr T. Bałłaban.*

XVII. *O zdjęciach pola widzenia powstałych przez znużenie.* (Über die Ermüdungsgesichtfelder). A. v Reuss.

Na zachowanie się pola widzenia przy znużeniu zwrócił Förster pierwszy uwagę w roku 1877. Po nim zajmowali się tem bliżej Wilbrandt i König. Tego rodzaju zmiany opisane przez powyższych autorów zachodzą po największej części u osób cierpiących na hysteryę, neurastenię a szczególnie na nerwicę urazową. U takich chorych zauważył i autor od dłuższego czasu, że granice pola widzenia na barwę białą i inne barwy, w szególności zaś na barwę niebieską ścieśniają się przy ponownem badaniu coraz bar-

dziej i to tak dalece, że różnica w jednym południku wynosi często od 70°—20°. Badając w podobnych przypadkach kilkakrotnie pole widzenia, dochodzi się wreszcie do ostatecznych granic w znaczeniu dośrodkowego ścieśnienia, a jeżeli połączy się wszystkie punkta graniczne ze sobą, to otrzymuje się przez to linię krętą, której zakończenie stanowi linia kolista lub elipsa. Tak powstałą linię w polu widzenia nazywa autor »linią krętą, powstałą ze znużenia« (*Ermüdungsspirale*).

Z istnienia tej linii nie można naturalnie wnioskować o sposobie powstawania objawów znużenia w narządzie wzrokowym ani też przypisywać jej istnieniu jakiegoś znaczenia rozpoznawczego przy nerwicy urazowej, hysteryi i neurastenii. Do czasu zdaje się ona być tylko cennym przyczynkiem do sposobów badań rozpoznawczych. *Dr T. Bałłaban.*

XVIII. *Kilka słów o jednorazowym wielobarwnym druku.* (Notiz über den einmaligen Vielfarbendruck). A. v. Reuss.

Autor polecił sposobem jednorazowego wielobarwnego druku wykończyć barwne tabliczki do badania zmian w poczuciu na barwy, przyczem podnosi ich taniość w stosunku do tabliczek bawełnianych Daae'go.

XIX. *Zmiany naczyń siatkówki przy miażdżycy naczyń.* (Veränderungen der Netzhautgefasse bei Arteriosclerose). E. Hertel.

Chcąc się przekonać, w jaki sposób i w jakim stopniu podlegają zmianom naczynia siatkówki przy miażdżycy naczyń ustroju, a zarazem rozstrzygnąć, czy w naczyniach siatkówki dadzą się anatomicznie wykazać znaczniejsze zmiany, pomimo, że bystrość wzroku jest prawidłową, poddał Hertel badaniu 17 gałek ocznych, wyjętych po śmierci u osób, u których badanie za życia wykaazało daleko posuniętą miażdżycę naczyń obwodowych. Badanie wziernikiem wykazało po większej części zmiany w naczyniach. A mianowicie były one w przebiegu pokręcone, słup krwi w tętnicach był wąski, natomiast w żyłach był on w dwóch przypadkach bardzo szeroki. Na obwodzie były ściany naczyń zgrubiałe i otoczone białemi pasemkami. Tarcza wzrokowa była po większej części bledszą.

Badanie drobnowidowe. We wszystkich badanych gałkach ocznych dały się wykazać w naczyniach siatkówki zmiany starcze. I tak było światło naczyń szersze, ściany naczyń zgrubiałe, ich przybłonek był gładki i jednowarstwowy. W tętnicach znajdowały się liczne włókna sprężyste w błonie zewnętrznej i wewnętrznej, natomiast w żyłach po większej części tylko w błonie środkowej.

W niektórych gałkach ocznych znachodziły się zmiany zapalne w ścianach naczyń, przyczem były one naciekłe komórkami krągłemi i nowowytworzoną tkanką łączną, obfitującą w komórki. Przez te zmiany stawały się naczynia i to szczególnie żyły szerszemi.

W innych znowu przypadkach była błona wewnętrzna naczyń workowata, ku środkowi wydęta, tak, że miejscami zwężało się wskutek tego światło naczynia bardzo znacznie.

Na podstawie tych badań przychodzi autor do wniosku, że przy miażdżycy naczyń podlegają naczynia siatkówki o wiele wcześniej zmianom anatomicznym, aniżeli zwykły występywać zaburzenia w czynności wzroku. Zmiany te, powstałe w naczyniach siatkówki, musimy uważać jako przewłekłe zmiany zapalne, powodujące rozwój tkanek, które następnie przez bujanie wytwarzają tkankę łączną i włókna sprężyste. Powodu tych zmian należy szukać w różnych szkodliwościach ustroju, jak w nadmiernem używaniu wyskoku, przy przewlekłem zatruciu ołowiem, skazie moczanowej i t. p.

Dr T. Bałłaban.

XX. *O śródgałkowem odkażaniu.* (Ueber intraoculäre Desinfection). W. Mayweg.

Na zjeździe w Utrechcie polecił Haab przy ropnych zapaleniach gałki ocznej wprowadzać jodoform do przedniej komory oka — jako środek zapobiegawczy przeciwko powstawaniu zapaleń współczulnych. Zachęcony znakomitymi wynikami leczniczymi Haab'a, stosował autor ten zabieg na swej klinice w przypadkach ropnego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego, w których poza tem nie pozostawało nic innego, jeno wyłuszczenie gałki.

W tym celu przestrzykiwał on najpierw przednią komórkę $4^0/_0$ rozczynem kokainy, poczem wprowadzał do niej kaniulkę, w której wnętrzu znachodziła się laseczka jodoformu. Podczas, gdy on kaniulkę przytrzymywał palcami, zsuwał asystent wspomnianą laseczkę jodoformową w głąb przedniej komory. Z małymi wyjątkami wynik tego zabiegu był wprost zdumiewający, gdyż ciecz wodna i rogówka wyjaśniały się, a tęczówka przybierała prawidłową barwę. Laseczka jodoformowa wchłaniała się całkowicie w przeciągu 4—6 tygodni, a równocześnie znikał i stan zapalny gałki ocznej.

Ponieważ jodoform sam, jako taki, nie posiada prątkobójczego działania, więc zdaje się, że dodatni wynik tego zabiegu należy przypisać tworzeniu się jodu, który powstając *(in statu nascendi)* musi mieć na drobnoustroje inne działanie, aniżeli sam jodoform.

Dr T. Bałłaban.

XXI. *O dokładniejszej budowie tkanek gruczołu łzowego, ze szczególniejszem uwzględnieniem „tłuszczu", znajdującego się w jego przybłonkach.* (Ueber die feinere Histologie der Thränendrüse, besonders über das Vorkommen von »Fett« in den Epithelien). Th. Axenfeld.

Badanie anatomiczne 14 gruczołów łzowych wykazało zwiększoną w nich tkankę śródmiąższową i to szczególnie u ludzi starszych. W tkance tej znajdywały się licznie nagromadzone komórki mieszkowate *(echte folliculäre Zellanhäufungen).* Przybłonki były tak znacznie otłuszczone, że prawie żadna cewka gruczołu nie była wolną od tłuszczu. Odpowiednio do tego był też i odczyn na kwas osmowy bardzo wybitny. W gruczołach świeżo po wyjęciu utrwalonych znajdywały się liczne fuksynochłonne ziarenka, których wyraźne jądro było zupełnie prawidłowe.

Ponieważ przeprowadzone badania tyczyły się komórek gruczołów, wyjętych z powodu zmian patologicznych, więc autor, chcąc wykazać, że tłuszcz znajduje się także i w gruczołach, których komórki nie zwyrodniały, poddał badaniu 5 gruczołów, wyjętych po śmierci u osobników, których gruczoły łzowe były za życia zupełnie prawidłowe. Znaczna ilość tłuszczu dała się i tu z łatwością wykazać przez bardzo silny odczyn kwasem osmowym. Tłuszcz znaleziony nie mógł pochodzić ze zmian pośmiertnych w gruczołach, gdyż przemawiają przeciwko temu dotychczasowe doświadczenia patologii. Natomiast jest rzeczą pewną, że istniał ten tłuszcz już za życia.

Ponieważ liczne ziarnka tłuszczu dały się wykazać także i w wewnętrznej warstwie przewodu łzowego, pomimo, że przybłonki jego były zupełnie prawidłowe, więc sądzi autor, iż istnienie tłuszczu jest w ścisłym związku ze sprawą wydzielniczą gruczołów.

Zajmującą jest sprawa, czemu przypisać należy, że w wydzielinie gruczołów nie udaje się wykazać tłuszcz, pomimo, że przybłonki gruczołów posiadają tak wielką jego ilość. Zdaje się, że musimy to temu przypisać, iż wydzielany z cewek gruczołów tłuszcz zostaje w nich natychmiast wchłaniany.

Badaniami temi udowodnił autor, wbrew dotychczas istniejącemu zapatrywaniu, że gruczoły łzowe posiadają w sobie już fizyologicznie tłuszcz, że zatem jego istnienia nie należy nazywać mylnie »zwyrodnieniem tłuszczowem«. *T. Bałłaban.*

XXII. *O dwukrotnem przedziurawieniu gałki ocznej przy skaleczeniu odłamkiem żelaza.* (Ueber zweimalige Durchbohrung der Augenhäute bei Eisensplitterverletzungen). A. Wagenman.

Autor opisał 3 przypadki, w których odłamek żelaza, przebiwszy przednią i tylną ścianę gałki, przedostał się na zewnątrz. I tak

umiejscowił się odprysk w pierwszym przypadku w tylnej ścianie twardówki tuż obok i poniżej nerwu wzrokowego, w przypadku drugim w pochwie nerwu wzrokowego, w trzecim zaś tuż pod tarczą nerwu wzrokowego, co się dało wykazać wziernikiem po wyleczeniu oka i wessaniu się powstałej z urazu zaćmy urazowej. W miejscu bowiem wyjścia odprysku znajdywała się pod tarczą wzrokową blizna, która powstała z pewnością przez zbliznowacenie ścian ranki po wyjściu odprysku z oka. Oko to liczyło palce w odległości 3 m + 10 D.

W dwóch pierwszych przypadkach zniszczały gałki oczne przez zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego.

Pomimo często trudnego w tym kierunku rozpoznania klinicznego, musimy myśleć o podwójnem przebiciu gałki ocznej, jeżeli przy skaleczeniu odpryskiem nie otrzymamy sideroskopem dodatniego wyniku badań. Utrwalonem może być rozpoznanie badaniem zapomocą promieni Röntgena. — *Dr T. Bałaban.*

---

2. Angielskie Towarzystwo oftalmologiczne. Posiedzenie z 31 stycznia 1901.

Przewodniczy: G. Anderson Critchett. —

G. A. Berry mówi *o niedowładzie dywergencyi.* Na podstawie historyi chorób, które przytacza, dowodzi Berry, że w przypadkach tak zwanej *paresis divergentiae* niejednokrotnie przyczynę zboczenia stanowi właściwie wzmożona czynność mięśni prostych wewnętrznych. Nadto wzmiankuje o przypadkach zezu, polegającego na skojarzeniu czynności mięśni, które zwyczajnie nie działają równolegle n. p. mięśnia prostego wewnętrznego jednego oka z mięśniem prostym górnym oka drugiego. —

Rayner D. Batten opisuje *przypadek zakrzepu tętnicy siatkówkowej i krwotoku do ciała szklistego wskutek przypatrywania się zaćmieniu słońca.* U pewnej 28letniej kobiety, która gołem okiem przyglądała się zaćmieniu słońca (w maju 1900), wystąpiło natychmiast zamglenie wzroku, a badanie dna oka, wykonane w kilka dni później, wykazało zaćmienia krwawe w ciele szklistem i zaczopowanie jednej z górnych tętnic siatkówkowych. V. = $^6/_{18}$. Utrata dolnej połowy pola widzenia. Stan ten uległ z czasem częściowej poprawie. U osoby tej, zresztą zupełnie zdrowej, nie można było wykazać żadnej innej przyczyny tego cierpienia, jak tylko szkodliwy wpływ bezpośrednich promieni słońca.

Lawford spostrzegał 3 przypadki oślepnięcia wskutek wpatrywania się w słońce — bez widocznych zmian na dnie oka. We wszystkich trzech pozostało ostatecznie upośledzenie bystrości wzroku i ubytek środkowy w polu widzenia.

Treacher Collins, Jessop i Bokenham opowiadają o podobnych spostrzeganych przez siebie przypadkach.

Berry dodaje, że nie tylko spoglądanie wolnem okiem na słońce jest niebezpieczne, ale i szkło *niebieskie* nie chroni oka dostatecznie, o czem zazwyczaj nie wie publiczność. Właśnie bowiem promienie błękitne i fiołkowe są najszkodliwsze. —

Anderson Critchett podaje opis przypadku *rany postrzałowej w okolicy płata potylicznego z utratą dolnej połowy pola widzenia obydwóch oczu.* Pewien oficer angielski otrzymał postrzał karabinowy: kula weszła z prawej strony w miejscu ponad wyrostkiem sutkowym kości skalistej *(processus mastoideus dexter)*, przewierciła kość skalistą, przeszyła mózg i, strzaskawszy kość potyliczną, wydostała się z czaszki w miejscu, położonem ku górze i na lewo od *protuberantia occipitalis.* Natychmiastowa, zupełna utrata wzroku; dopiero po upływie pół godziny utrata przytomności. Po ośmiodniowej śpiączce odzyskał chory przytomność, ale poczucie światła wróciło dopiero po upływie dalszego tygodnia. Z biegiem czasu wzrok się znacznie poprawił, a Critchett, gdy chory do niego się zgłosił, stwierdził już obustronnie pełną bystrość wzroku, prawidłowe dno oczu, prawidłowe bezpośrednie i współczulne oddziaływanie źrenic. Ślepota barwna, którą chory okazywał, istniała jednak już przed zranieniem i z tego nawet powodu nie przyjęto go do marynarki. Jedynem trwałem następstwem postrzału była utrata na obydwóch oczach dolnej połowy pola widzenia. Linia odgraniczająca była nieregularna.

Critchett tłómaczy pierwotną ślepotę wstrząsem, a w następstwie porażeniem ośrodków widzenia w korze płatów potylicznych. Następną utratę przytomności przypisuje silnemu krwotokowi, który mógł równocześnie sprowadzić tego rodzaju uszkodzenie kory mózgowej, że z tego wynikło połowicze zwężenie pola widzenia. To ostatnie może być jednak także skutkiem bezpośredniego spustoszenia, jakie w płacie potylicznym kula sprawiła. Page opisuje w czasopiśmie »Lancet« przypadek lewostronnego widzenia połowiczego *(hemianopsia homonyma sinistra)* w następstwie uszkodzenia prawej okolicy potylicznej.

Fischer podaje opis dwóch podobnych, przez siebie spostrzeganych przypadków. —

Następuje szereg demonstracyi. *K. W. M.*

---

3. Towarzystwo okulistyczne w Petersburgu. Posiedzenie z d. 14 marca 1901 r.

1. M. Tichomirow przedstawił 43letnią chorą, u której wskutek uderzenia ręką dziecka wytworzyły się w lewem oku (w pra-

wem była wykonana irydektomia wskutek jaskry) dwa dość znaczne wynaczynienia w siatkówce, obok tarczy, które nie wessały się w ciągu $1^1/_2$ miesiąca. Dr T. postanowił wypróbować działanie chemicznych promieni; użył w tym celu lampki o sile 16 świec ze szkłem błękitnem, a dla usunięcia silnego gorąca, wywieranego na oko, między lampką i okiem trzymał sine szkło, przyczem promienie stawały się fioletowymi. Posiedzenia trwały 10—15 minut, z przerwami 2—3dniowemi. Zmniejszenie się plam wynaczynieniowych zauważono już po trzeciem posiedzeniu, a obecnie zaledwo widać kropeczkową plamkę. — Prelegent zaleca dalsze spostrzeżenia pod tym względem. —

2. E. Blessig opowiedział przypadek kolejno następujących jaskry i *retinitis pigmentosa* u członków jednej i tejże rodziny: a) starsza siostra — jaskra, b) starszy brat — *retinitis pigmentosa*, c—d) siostry zdrowe, e) siostra — jaskra, f) brat — *retinitis pigmentosa*, g—h) brat i siostra — oczy bez zmian, nakoniec i) siostra — *retinitis pigmentosa*. Rodzice tych dzieci nie byli w pokrewieństwie. Przyczyny obu wzmiankowanych chorób — jaskry i *retinitis pigmentosa* — u członków jednej rodziny Dr B. upatruje w chorobliwej zmianie błon krwionośnych naczyń naczyniówki, która u jednych wywołuje odżywcze zmiany w siatkówce, u drugich żylny zastój i jaskrę. Wiadomo, że obie te choroby jednocześnie bywają spostrzegane w jednem i tem samem oku, — takich przypadków opisano dotąd 11, z których 7, zdaniem Blessig'a, podali okuliści rosyjscy (Mandelstamm, Belarminow, Natanson i Strachow).

3. Annin odczytał o działaniu na oko protokokainy. Szybko znieczula rogówkę, co trwa jednak krótko (2—5 minut), w stosunku do siły rozczynu; źrenica ani śródoczne ciśnienie nie zmieniają się wcale; znacznie zwiększa dyfuzyę do przedniej komory, robiąc więcej przepuszczalnym nabłonek rogówki. Zauważył przytem Andogski, że przy znieczuleniu protokokainą krwawienie podczas operacyi bywa obfitsze.

Posiedzenie z dnia 28 marca 1901 r.

1. Prof. Bellarminow przedstawił 19letniego pastucha, którego twarz i oczy silnie oszpecone były w walce z niedźwiedzicą-matką. W. o. l. = $^{20}/_{40}$, prawem rozpoznawał ruchy palców. Starania, by otworzyć zarośniętą pod bliznami tę jedyną gałkę oczną *(cryptopth. traum.)*, pozostały bezskuteczne.

2. Tenże odczytał *o długotrwałem niewytwarzaniu się przedniej komórki po wydobyciu zaćmy*, która (komórka), jak wiadomo, wytwarza się znowu w 12 - 24 godzin po operacyi. U jednej z jego cho-

rych (67letniej), po *extr. linearis modo Graefe,* jeszcze po upływie $1^1/_2$ miesiąca, pomimo przyżegań kwasem karbolowym, komórka wcale nie istniała, wzrok = $^{20}/_{70}$; u drugiej (49letniej), operowanej sposobem płatowym bez irydektomii, po 7 tygodniach przednia komórka wcale się nie wytworzyła, wzrok = $^5/_{70}$.

Przytoczywszy spostrzeżenia Tersona (niezarośnięcie rany po upływie $1^1/_2$ miesiąca, *extr. sine irid.)* i Jacobsona (po upływie miesiąca), prelegent mówi, że fakt ten nie wpływa wcale źle na wynik operacyi, a jak Horner twierdzi, to wypływająca wciąż ciecz wodna wymywa z oka dostające się doń drobnoustroje. Za przyczynę złego przylegania brzegów rany przyjęto uważać: wciśnięcie do rany tęczówki, ciała szklistego, części soczewkowych, lecz przeważnie torebki tej ostatniej (przedstawiono także okazy drobnowidowe). Prócz tego wpływają na to: powiększone śródoczne ciśnienie, nierówność cięcia, *symblepharon*, *pterygion* i *entropion senile;* więcej też wpływa na otwarcie rany cięcie płatowe, aniżeli liniowe. Jako środek zalecają: przypalenie *arg. nitr.*, *ac. carbol.* lub galwanokauterem, niektórzy wprowadzają do rany szpatelek; widząc jednak nieszkodliwość faktu, można wcale nie drażnić gałki [1]).

Z rozprawy okazuje się, że im gorzej odżywiony chory, im więcej jest »suchym«, tem lepiej zabliźnia się rana, przy *plethora* następuje to przy objawach podrażnienia oka. Blessig twierdzi, że przednia komórka wytwarza się prędzej, skoro zdejmujemy uciskającą opaskę. Tichomirow wspomniał o chorej ś. p. profesora Junge'go, u której po *extr. lin.* komórka pozostawała otwartą przez 3 (!) miesiące, pomimo przyżegań lapisem.

3. Rosenberg odczytał rozprawę *o pochodzeniu otrutkowych zapaleń nerwu wzrokowego i siatkówki.* Po zastrzyknięciu królikom toksyny duru brzusznego *in spatio Magendie* (pod pajęczą błonę), tak wziernikiem, jak i drobnowidem przekonał się o wytwarzaniu się *neuroretinitidis toxicae,* przyczem najbardziej ulegały zapalnym zmianom komórki warstwy zwojowej siatkówki, gdy od toksyn błonicy ulegały zmianom mniej więcej wszystkie warstwy siatkówki, przy jednoczesnej oftalmoplegii. *Dr J. T.*

---

4. Towarzystwo lekarskie krakowskie. Posiedzenie naukowe z d. 15 maja 1901. w c. k. klinice okulistycznej.

Przewodniczy prof. Kostanecki.

Prof. Wicherkiewicz wita zebranych jako gospodarz domu i wskazuje na trudność w wyborze tematu z zakresu okulistyki,

---

[1]) Terson zaleca w takich razach irydektomię, szczególnie, jeśli istnieją tylne zrosty tęczówki z torebką, nieustępujące atropinie, a które

mogącego jednako zainteresować ogół lekarzy jakoteż specyalistów innych działów medycyny. Sądzi jednak, że temat, jaki zamierza poruszyć, zajmie zgromadzonych kolegów, zwłaszcza chirurgów. Wypowiada wykład: *„O wskazaniach i sposobie wykonania wypaproszenia gałki ocznej (evisceratio bulbi)“.*

(Przeznaczone do druku).

Po wykładzie przedstawił prelegent dwie chore, z których jedna przed rokiem, a druga przed kilkunastu dniami poddaną była operacyi wypaproszenia gałki z powodu panophthalmitis (w ostatnim przypadku w następstwie sparzenia zapaloną naftą).

W dyskusyi wspomina Dr Brudzewski o sposobie wypalania zropiałej treści gałki ocznej zapomocą galwanokautera, który to sposób podał i zaleca Dr Lapersonne[1]). Dr Brudzewski podnosi wątpliwości co do wartości zapobiegawczej ewisceracyi w przypadkach grożącego zapalenia sympatycznego — wreszcie wyraża przekonanie, że wypaproszenie gałki bywa operacyą nieraz technicznie trudniejszą od enukleacyi.

W odpowiedzi zaznacza prof. Wicherkiewicz, że tak zwanej *exentération ignée* Lapersonne'a nie uwzględnił w swym wykładzie dlatego, ponieważ zabieg ten uważa za zupełnie odrębną operacyę. Co do niebezpieczeństwa zapalenia współczulnego, to jest również zdania, że enukleacya daje więcej w tym względzie pewności, gdyż przy niej zostają przecięte wszystkie połączenia nerwowe. Na ostatnie twierdzenie kol. Brudzewskiego nie może się zgodzić, gdyż uważa ewisceracyę za rękoczyn bajecznie łatwy, dający się niemal w okamgnieniu wykonać.

W dalszym ciągu przedstawia prof. Wicherkiewicz dziecko 4letnie z kliniki stałej, okazujące znaczny guz w okolicy lewego oka. Dziecko to, według podań matki, spadło przed 2 miesiącami z krzesła i uderzyło się o krawędź drugiego krzesła w okolicę kości jarzmowej lewej. Po tem uderzeniu miał powstać pod skronią lewą guzek, który przez 5 tygodni wcale się nie zmieniał. Dziecko jednak upadło znowu i stłukło się w to samo miejsce. Teraz powstał znaczny obrzęk, oko lewe a zwłaszcza dolna powieka zapuchły zupełnie, a skóra posiniała. W tym stanie przywieziono chorą do kliniki. Dnia 11. V. zapisano stan następujący:

Poniżej lewego oka bardzo znaczna wyniosłość półkolistej postaci, pokryta skórą powieki dolnej, rozciągniętą i nieco tylko posiniałą. Obrzmienie to przechodzi na okolicę kości jarzmowej i koń-

---

przeszkadzają przechodzeniu cieczy wodnej z tylnej do przedniej komórki; irydektomia ułatwia zabliźnienie się rany (p. jego Chirurgie oculaire. 1901, str. 405). *Przyp. Sprawozdawcy.*

[1]) Por. Post. Ok. 1900, str. 151.

czy się dopiero 2 cm. przed małżowiną ucha lewego. Ku górze sięga do połowy skroni; wypełnia całą przestrzeń przed gałką oczną, wypychając spojówkę powieki dolnej ku górze, tak, że gałka oczna jest zupełnie zasłonięta i z trudem tylko daje się obejrzeć. Gałka sama prawidłowa i niewysadzona. Palec wciśnięty poza guz powiekowy z trudnością tylko dochodzi do brzegu oczodołowego i wyczuwa tamże dosyć tępy wyrostek. Guz ten jest częściowo dość twardy, częściowo zaś wyczuwamy chełbotanie, mianowicie w dolnowewnętrznej części. Naciskając palcem na sam środek guza, wyczuwamy chwilami trzeszczenie, spowodowane rozedmą powietrzną.

Punkcya próbna dała czystą krew bez przymieszki ropy. Dziecko nie gorączkuje. Tętno prawidłowe. Gruczoły niepowiększone.

Prof. Wicherkiewicz na podstawie osobistego doświadczenia rozpoznaje w przypadku tym *sarcoma* [1]) oprócz *haematoma* i *emphysema subcutaneum* — i przypisuje urazowi, jakiego dziecko to dwukrotnie doznało, znaczenie momentu, wywołującego rozwój nadzwyczaj szybki tego nowotworu, przy istniejącej zapewne predyspozycyi. Prelegent miał w praktyce swej dwa podobne przypadki, gdzie po przebytym urazie przyszło do tak szybkiego rozwoju mięsaka, że w jednym z nich obecny chirurg rozpoznawał na pewne ropień i radził zwyczajne nacięcie. —

W dyskusyi podnosi prof. Wachholz wątpliwość, czy wogóle uraz jakikolwiek może stać się przyczyną nowotworu i to złośliwego. Gdyby mu przyszło w sądzie rozstrzygnąć pytanie, czy istniejący nowotwór pozostaje w związku przyczynowym z urazem w danym razie rozmyślnie zadanym, musiałby odpowiedzieć przecząco.

Doc. Dr Kryński cytuje niedawno wydaną pracę z kliniki Czernego, w której zestawiono kilkaset przypadków nowotworów złośliwych w następstwie doznanych urazów — i jakkolwiek taki związek przyczynowy nie znajduje bezwzględnego potwierdzenia w istniejących teoryach o powstawaniu nowotworów, to jednak liczne spostrzeżenia chirurgów przemawiają na jego korzyść.

Prof. Ciechanowski rozbiera możliwość istnienia związku przyczynowego między urazem a nowotworem złośliwym ze stanowiska anatomii patologicznej.

Prof. Wachholz jeszcze raz zaznacza, że w orzeczeniu sądowo-lekarskiem w myśl zasady, obowiązującej w medycynie sądowej: *in dubiis mitius*, nie przypuściłby takiego związku, dopóki nauka lekarska nie rozwieje pod tym względem wszystkich wątpliwości. —

---

[1]) Badanie mikroskopowe wyciętego kawałka, wykonane następnie w pracowni prof. Nowaka, stwierdziło w zupełności to rozpoznanie.

Dr Majewski, asystent kliniki, okazuje przyrząd, zwany hydrodiaskopem [1]): jest to para muszli, zrobionych z blaszki aluminiowej, połączonych podatnym drutem miedzianym i przylegających na sposób okularów ochronnych ściśle do otoczenia obydwóch oczu. Z przodu każda z komórek opatrzona jest okrągłym otworem, zamkniętym szklaną płytką, przed którą można ustawiać kolejno różne soczewki płasko-wypukłe. Szczelne przyleganie puszki do otoczenia oka uskutecznia rurka gumowa, wetknięta w rynienkę, umieszczoną na krawędzi puszki. Tak założony hydrodiaskop wypełnia się fizyologicznym rozczynem soli, w którym badany otwiera oko. Działanie przyrządu polega na tem, że z powodu małej różnicy współczynników załamania, rogówka przestaje optycznie działać, a czynność jej przejmuje szkło płasko-wypukłe, wstawione w otwór hydrodiaskopu. We wszystkich zatem przypadkach nieregularnej niezborności, a zwłaszcza w przypadkach stożka rogówkowego komórki wodne znoszą szkodliwy wpływ krzywizny rogówkowej, a tem samem sprowadzają znakomitą nieraz poprawę wzroku, nie dającą się osiągnąć zapomocą zwyczajnych środków optycznych. — Dr Majewski okazuje pierwotny model hydrodiaskopu, podany w roku 1897 przez Lohnsteina, i obecnie w klinice używane ulepszone okulary wodne, a sposób ich użycia przedstawia na chorym. —

W rozprawach prof. Wachholz wyraził wątpliwość, czy okulary takie dadzą się stale nosić ze względu na szkodliwy wpływ wody na skórę (skóra praczek).

Dr Majewski odpowiada, że ze względu na to należałoby istotnie powlekać skórę wazeliną lub jakimkolwiek obojętnym tłuszczem. O rogówkę jednak można być spokojnym, bo ona i tak z fizyologicznym rozczynem soli, t. j. z wydzieliną łez, w ustawicznem pozostaje zetknięciu.

Prof. Wicherkiewicz podnosi znaczenie hydrodiaskopu w dyagnostyce: badanie tym przyrządem może niejednokrotnie ułatwić rozpoznanie bardzo nieznacznych stopni stożkowatości rogówki (keratoconus).

Prócz tego przemawiali jeszcze w dyskusyi Dr Brudzewski, prof. Ciechanowski i Dr Borzęcki. *K. W. M.*

---

[1]) Dokładny opis tego przyrządu oraz wyniki optyczne uzyskane przy jego użyciu podane zostały we »Wiadomościach z kliniki okulistycznej« krakowskiej z r. 1898.

V. ROZMAITOŚCI.

Skuteczne ćwiczenia wzrokowe u niewidomego przeprowadził według sprawozdania wiedeńskiej „Klin. Therap. Wochenschrift“. 1901, Nr 17. niejaki p. Heller w zakładzie niewidomych w Hohe Warte pod Wiedniem. Sprawa ta, ogłoszona pierwotnie w prasie politycznej, wywołała tem silniejsze wrażenie, że osobnik użyty do doświadczenia, według orzeczenia prof. Fuchsa, miał zupełnie być niewidomym, później zaś, po przebyciu licznych ćwiczeń przez tegoż, za widzącego uznany został. Niewątpliwie w owym przypadku istniało zwężenie pola widzenia obwodowe nieużywane, bo usuwające się świadomości osobnika. Przez odpowiednie ćwiczenia, połączone ze zwrotami głowy zostało to pole wciągnięte w zakres oryentowania się, co ułatwiło przeprowadzenie metody pedagogicznej p. Hellera. Metoda polegała na tem, że w ciemnym zupełnie pokoju utworzono koło świetlne i ćwiczono chłopca w lokalizowaniu tego koła, następnie w koło to wniesiono przedmioty poprzednio przez chłopca obmacywaniem poznane. Gdy chłopiec przedmioty te także okiem poznawał, robiono z tymi samymi przedmiotami ćwiczenia przy świetle padającem. Przez przeświecające płyty szklane powstałe barwy uznał chłopiec najprzód jako inne światło, później różniczkował, a przez nadanie im nazw odpowiednio rozpoznawał. W dalszym ciągu nauczono chłopca rozpoznawać figury geometryczne, co doprowadziło z czasem do poznawania liter i liczb. Później pomijano zupełnie przy tej nauce poprzednie obmacywanie przedmiotów, a obecnie po 14miesięcznej nauce ma osobnik ten 7letni przy stosownem świetle „czytać, barwy i postacie rozmaite rozpoznawać i lokalizować“.

Zaciekawieni niezwykłem zdarzeniem, że tam, gdzie sztuka lekarska do działania czuła się bezsilną, na drodze pośredniej przez nielekarza tak zdumiewający według opisu prasy osiągniętym miał być wynik, pragnęliśmy z niepodejrzanego źródła dowiedzieć się bliższych szczegółów co do stanu ócz i udaliśmy się w tym celu do prof. Fuchsa który z wielką uprzejmością doniósł nam, co następuje:

„In dem Falle Heller handelte es sich um zwei Brüder mi congenitaler höchstgradiger Amblyopie, so dass nur Lichtempfindung zu bestehen schien. Deutliche Pupillarreaction habe ich bei keinen der beiden Jungen constatiren können, sonst aber war der Befund ausserlich u. ophthalmoscop. normal (speciell auch der Opticus von normalem Aussehen). Andere, namentlich cerebrale Erkrankungen waren nicht nachweisbar. Die Bemuhungen Heller's, durch Unterricht die Jungen zum Sehen zu erziehen, hatten nur bei dem einen der beiden, dem intelligenteren, Erfolg. Derselbe erkennt jetzt Farbe, sowie Buchstaben von etwa 20 Centimeter Höhe. In fremden Räumen bewegt er sich aber wie ein Blinder, scheint also ein sehr kleines Gesichtsfeld zu haben“.

Z opisu powyższego przekonujemy się, że zbytnio zachwycać się tym wynikiem niełatwo. Wątpimy też, by metoda p. Hellera dała jakikolwiek wynik tam, gdzie nietylko naosiowy wzrok, ale i obwodowy nierozwinięty lub utracony wcześnie. Podziwiać natomiast trzeba i pomysłowość i cierpliwość w przeprowadzeniu metody Hellera, ale czy wzrok ten obwodowy, w danym przypadku w rzeczywistości istniejący, lecz drzemiący w nieuświadomionym stanie, nie byłby innym sposobem, może również szybko, dał się przez ćwiczenia i środki obudzić, to rzecz inna. Może właściwie będzie tutaj przypomnieć przypadek, z jakim spotkaliśmy się przed dwudziestu kilku laty. Matka przyprowadziła nam dziewczynkę 8letnią, rzekomo od urodzenia niewidomą. Badanie wykazało zupełny brak poczucia światła, brak oddziaływania źrenic na światło, ale prawidłowy wygląd oka. Wobec tego nie chciałem dziewczęcia poddać żadnemu leczeniu. Gdy jednak matka, zrozpaczona mojem oświadczeniem, padła na kolana, błagając litości, zdjęty nią pod silnem wezwaniem, zatrzymałem dziecko w zakładzie i zastrzykiwałem co dzień, bez nadziei skutku, ale raczej *ut aliquid fieri videatur,* saletrzan strychniny podskórnie. Jakież było moje zdziwienie, gdy po tygodniu sama dozorczyni chorych zwróciła mi na to uwagę, że leczenie już odnosi skutek. Rzeczywiście dziewczynka rozpoznawała palce na odległość kilku metrów. Zbyt mała inteligencya nie pozwalała mi stwierdzić, czy to było tylko widzenie obwodowe, jakich ono rozmiarów, jakie poczucie barw, ale stanowczo uwidoczniło się w krótkim czasie widzenie tam, gdzie, według świadectwa matki, nie było go od urodzenia, a przy badaniu naszem także się nie ujawniało niczem. *Wicherkiewicz.*

Ambulatoryum okulistyczne w szpitalu gminy izraelickiej we Lwowie urządził Dr Oswald Zion i ogłosił sprawozdanie swe za trzyletni okres do końca 1900 w czasopiśmie „Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges“ (Rocznik IV. Nr 32). W okresie tym leczono 3221 osób, pomiędzy temi chrześcijan 238. W krótkich uwagach zachwala autor, co zresztą odpowiada doświadczeniu niezawodnie wszystkich okulistów, 5—10% protargol przy rzeżączce spojówki i przeciw rzeżączce worka łzowego. W dwóch przypadkach miał autor towarzyszącą rzeżączce worka przetokę łzową zagoić w ciągu kilku dni (czy tylko trwale?) świeczkami z 5% protargolu sprowadzonemi z apteki berlińskiej (czy lwowskie sporządziłby ich nie mogły?).

Dr Jan Borzymowski, ordynator kliniki chir. warszawskiego uniwersytetu, nagrodzony srebrnym medalem na wystawie przyr. lek. w Krakowie, urządził pracownię sterylizacyjną w Warszawie. *W.*

Towarzystwo opieki nad niewidomymi imienia Imperatorowej Maryi rozesłało okólnik do inspektorów lekarskich Rosyi i Królestwa Polskiego, aby na załączonym szemacie odpowiedzieli: kto z lekarzy trudni się okulistyką, w jakich szpitalach są oczne oddziały, ilu przyjmuje się ambulatoryjnych chorych, ilu leczy się stałych, ile wykonano operacyi i t. p. w ostatnich 3 latach. Wiadomości te Tow.

chce zużytkować w celu podniesienia sprawy pomocy cierpiącym na oczy w państwie rosyjskiem. Oby tylko nie zapomocą, modnych dziś u nas, ruchomych okulistycznych oddziałów, które były uznane przez pirogowski zjazd lekarzy rosyjskich w Kazaniu za bezcelowe („niecielosoobrazny“), a przez polskich okulistów w Krakowie (r. z.) za niedostateczne i mniej wartościowe, aniżeli stała pomoc lekarska.

Petersburskie Towarzystwo oftalmologiczne wybrało komisyę (Reich, Czemołosow, Andogski, Ernroth i Merz) dla wypracowania statystyki jaglicy w Rosyi.

Badanie zbiorowe, dotyczące mięsaka tęczówki. Prof. Casey A. Wood (E. Adams. Str. 103) jako i Doc. Dr Brown Pusey (Washington. Str. 31) Chicago. U. S. A. wzywają do podania im nieopisanych lub w podanym przez nich spisie publikacyi pominiętych przypadków, dotyczących mięsaków tęczówki. W bibliograficznem zestawieniu nie spotykamy żadnego nazwiska polskiego autora. — Kwestyonaryusz, zestawiony przez wymienionych panów, obejmuje: Wiek i rodzaj, historyę choroby, warunki, w jakich spostrzeżono najprzód narośl, stan w chwili operacyi, napięcie, wzrok, pierwotne umiejscowienie narośli, operacye, badanie mikroskopowe tęczówki wzgl. gałki wyłuszczonej, uwagi dotyczące leczenia i późniejszego przebiegu choroby.

Koledzy, którzy odnośne przypadki spostrzegali, mogą za pośrednictwem redakcyi „Postępu“ nadesłać dla panów Wooda i Puseya zapiski swe, uwzględniając stawione powyżej pytania.

Towarzystwo oftalmologiczne w Heidelbergu odbędzie swój zjazd tegoroczny w dniach 5, 6 i 7 sierpnia. Zgłoszenia odczytów przyjmuje do 30 czerwca prof. Leber.

VI. SPRAWY OSOBOWE.

Ordynator ujazd. w. szpitala, Łobasow, naznaczony warszawskim okręgowym okulistą na miejsce Potiechina, przeniesionego na posadę petersb. okr. okulisty. Okulista zaś petersburskiego woj. okr., Tichomirow, mianowany został członkiem woj. lek. rady.

Dr Jerzy Abelsdorff habilitował się przy uniwersytecie w Berlinie.

Omyłki drukarskie.

Na str. 109 zamiast: Piersola („pierwsze“, — należy czytać: Piersola („pionowe“ i t. d. —

Na str. 152 zamiast: „Wracz“ Nr 9. 1900, — należy czytać: „Wracz“ Nr 9. 1901.

Do wiadomości PP. Współpracowników i Czytelników.

Przesyłki literackie uprasza się adresować do **redakcyi:** *Wolska, 11.*

We wszelkich innych sprawach pośredniczy **administracya** (p. J. Filipowski. drukarnia Uniwersytecka, Zgoda, 4).

W razie przerwy w odbieraniu »Postępu« uprasza się reklamacye przesyłać do Administracyi, a gdyby one nie odniosły skutku, zwrócić się wprost do Redakcyi.

Za artykuły oryginalne jako też za streszczenia ważnych prac płaci redakcya 30 koron od arkusza druku. Nadto mają autorowie prac oryginalnych prawo do 25 odbitek. Ktoby życzył sobie więcej odbitek, lub z okładką, zechce życzenie odnośne objawić na rękopisie.

Redakcya uprzejmie prosi przesyłać rękopisy, ile możności wyraźnie pisane, już gotowe do druku, a i *przy korekcie nie wtrącać większych dodatków, nie robić znaczniejszych zmian w układzie, gdyż to utrudnia i opóźnia druk.*

Rękopisy ogłasza się w takim porządku, w jakim zostały nadesłane, chyba, że nadzwyczajne okoliczności wymagają pod tym względem zmiany.

Wszelkie dzieła, nadesłane redakcyi w 2 egzemplarzach, będą w »Postępie« omówione.

Redakcya.

Ogłoszenia.